



**FILO:UBA**  
Facultad de Filosofía y Letras  
Universidad de Buenos Aires

G

# Tecnologías reproductivas

## Fecundación in vitro, construcciones de sentido e implicaciones sociales en Argentina

Autor:

Garay, Ricardo Alberto

Tutor:

Tarducci, Mónica

2004

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Licenciatura de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en Ciencias Antropológicas

Grado



**FILO:UBA**  
Facultad de Filosofía y Letras

FILODIGITAL  
Repositorio Institucional de la Facultad  
de Filosofía y Letras, UBA

TESIS 11-1-3

F. de FILOSOFIA y LETRAS	
N. 814.017	MESA
17 AGO 2004	DE
Agr.	ENTRADAS

**Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Filosofía y Letras**

**Tecnologías Reproductivas:  
Fecundación in vitro, construcciones de  
sentido e implicaciones sociales en  
Argentina.**

**Tesis de Licenciatura en Ciencias Antropológicas**

**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES  
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS  
Dirección de Bibliotecas**

**Ricardo Alberto Garay**

L.U. 20.995 230.

e-mail: ricardo\_garay@fullzero.com.ar

**Directora de tesis: Dra. Mónica Tarducci**

BUENOS AIRES, AGOSTO DE 2004

**INDICE**

Agradecimientos

Introducción

Pag.

1

**Primera Parte**

Herramientas conceptuales y metodológicas

4

**Capitulo Primero****Consideraciones conceptuales**

5

1. Las tecnologías reproductivas como dispositivo

6

2. Tecnociencia y las biotecnologías

7

3. El nuevo orden social y las TR

8

3.1 El control social y el nuevo orden social

10

4. Sistema de salud y nuevo régimen de prudencialismo

12

5. La dialéctica de las representaciones sociales

14

6. Biopoder en la sociedad moderna

14

7. La categoría de género

17

**Capitulo Segundo****Consideraciones metodológicas**

21

1. EL Objeto de análisis

21

2. El discurso social, el sentido y el poder

22

3. La categoría de género como herramienta analítica

24

4. Las perspectiva relacional

26

5. Deconstruir los problemas oficiales

27

6. La construcción del campo y los datos

28

7. Las TR desde la perspectiva socioantropológica

31

## Segunda Parte

La medicalización de la reproducción	34
--------------------------------------	----

## Capítulo Tercero

<b>Medicalización de la reproducción y estrategias biopolíticas</b>	35
1. Historia de la medicalización de la reproducción	36
2. Los descubrimientos científicos	43
3. La voluntad de saber-poder: la historia efectiva de la FIV aplicada en seres humanos	45
4. El contexto social de las TR: las razones biopolíticas de las TR	49
4.1. Identidad genética como identidad social	50
5. Inicios de las TR, población y el problema de la cantidad y la calidad	51
6. Negocios biotecnológicos y Tecnologías reproductivas como condición necesaria de nuevos conocimientos	58
Conclusión parcial	62

## Capítulo Cuarto

<b>La (re)producción de la infertilidad en el contexto medico</b>	68
1. La definición médica de la infertilidad	68
1.1 Las causas (etiologías) de la infertilidad	70
1.2 ¿Es la infertilidad natural y la infertilidad una patología	71
2. Las intervenciones diagnósticas	81
2.1 El comienzo del vía crucis tecnoreproductivo	81
2.2 ¿Sobre quién recaen los estudios médicos?	84
2.2.1 El cuerpo no es neutro	86



## **Capítulo Quinto**

<b>El cuerpo intervenido: las implicaciones físicas de las TR</b>	91
1. ¿Tratamientos, experimentos o medicina del deseo?	91
2. Las tecnologías reproductiva de alta complejidad	92
2.1. La Fertilización in Vitro y Transferencia de Embriones (FIVTE)	92
2.2. Inyección Intracitoplasmática de un Espermatozoide ( ICSI)	100
2.3 Nuevos desarrollos en la técnica ICSI	102
• Inyección intracitoplasmática de espermátidas redondas (ROSI)	
• Inyección intracitoplasmática de espermátidas elongadas (ELSI)	
3. Fivetistas vs críticos de las TR: un recorrido por la literatura médica	103
3.1 Los hijos a cualquier precio o los costos médicamente “aceptables” de la maternidad	103
3.2 ¿Los efectos iatrogénicos “ocultos”? : mas efectos por los embarazos múltiples	107
3.2.1 los riesgos aumentan con ELSI y ROSI	114
Conclusión parcial	116

## **Capítulo Sexto**

<b>Disciplinamiento y nueva categorías de sujetos</b>	117
1. Fertilización in vitro ¿control social del cuerpo o autodeterminación?	117
2. La razones subyacentes en el encarnizamiento con ICSI	124

## **Parte Tercera**

<b>Las implicaciones políticas y jurídicas de la medicina Reproductiva</b>	130
--	-----

## **Capítulo Séptimo**

<b>Las implicaciones socioeconómica y sanitarias de las TR</b>	131
1. La situación socioeconómica y sanitaria	131

2. La situación de los centros reproductivos y el costo de los procedimientos	138
3. La patologización de la infertilidad: los intereses corporativos y demandas al Estado.	142
4. Las respuesta del Estado ante las demandas corporativas	150

---

## **Capítulo Octavo**

### **El discurso jurídico como discurso social** 155

I- El orden jurídico 155

II- El sujeto de derecho 157

III- Derecho y construcción de género 158

### **Los proyectos de ley sobre Reproducción médicamente asistida (RMA)”: la (bio)juridización de la vida** 160

1. Objetivos 160

2. Una mirada a la leyes internaciones sobre RMA 162

3. La situación (bio)jurídica en Argentina 165

3.1. Los problemas centrales para el orden jurídico local 167

4. El análisis 169

4.1 El objeto de regulación, los destinatarios y la donación de gametos 170

4.2 El desplazamiento de la ley: de la regulación de la RMA al control social 171

4.3 El status del embrión 178

4.3.1 Concepciones biológicas o políticas? 180

4.3.2 El control social: la separación temprana entre embrión y la mujer 181

4.3.3 El embrión como sujeto de derecho 181

4.3.4 El embrión como bien jurídico tutelado 183

5. La mujer como medio nutricio 186

Conclusión parcial 188

**Conclusiones** 190

## **Bibliografía**

### **ANEXO INFORMATIVO**

#### A- Otras Técnicas Reproductivas

*A.1 Tránsferencia intratubaria de gametos (GIFT)*

*A.2. Tránsferencia intratubaria de embriones en estado de pronúcleos (PROST)*

*A.3. Tránsferencia intratubaria de embriones tempranos clivados entre 2 y 4 células (TET)*

*A. 4. Tránsferencia intratubaria del óvulo microinyectado (SOFT)*

#### B- Técnicas Suplementarias

##### B.1 Criopreservación

*B.1.a - criopreservación de esperma*

*B.1.b - Criopreservación de embriones*

*B.1.c - criopreservación de óvulos y/o tejido ovárico*

#### C- Las técnicas antecesoras de la ICSI

*C.1 Disección de la zona parcial (PDZ)*

*C.2 Inyección subzonal de espermatozoides (SUZI)*

#### D- Técnicas de Recuperación Espermática

#### E- Los Centros Reproductivos Locales

*E.1. Buenos Aires*

*E.2. Córdoba*

*E.3. Mendoza*

*E.4. Neuquén*

*E.5. Santa Fe*

*E.6. Salta*

*E.7. Tucumán*

## **GLOSARIO**

## AGRADECIMIENTOS

A la hora de los agradecimientos no puedo dejar de nombrar a Mónica Tarducci ya que encontré en ella no sólo a una directora de tesis sino a una gran amiga desde el primer día que la conocí cuando dictaba su primer seminario de antropología y género. Su generosidad excede cualquier orden jerárquico del mundo académico y ello ha influido en la decisión de culminar una etapa iniciada hace varios años. Hemos podido discutir, pero principalmente compartir, opiniones y reflexiones por encima de las relaciones desiguales que colocan al director de tesis por encima del "iniciado". También le estoy profundamente agradecido por haberme acercado a la producción teórica del feminismo de invalorable contribución para la reflexión de las desigualdades género. Mónica me ha demostrado que la producción de conocimiento no necesariamente tiene que alejarse de un claro posicionamiento político, situación no muy común en el mundo académico.

Por supuesto, este trabajo no hubiera sido posible sin la generosa e incondicional ayuda de mis viejas amigas Gabriela y Mariana que leyeron atentamente cada capítulo de la tesis y aportaron sus invalores sugerencias. Por el apoyo y el tiempo que le han restado a sus responsabilidades para sostenerme durante el transcurso de esta investigación estaré infinitamente en deuda con ellas. Por supuesto, las afirmaciones así como los posibles errores cometidos en este trabajo son de mi total responsabilidad.

Un agradecimiento muy especial a mi familia, mi padres y en particular a mi hermana Norma por el apoyo no sólo económico que me aportaron para poder continuar con la tesis en un momento particularmente difícil de mi vida. Sin la ayuda de ellos no hubiera podido seguir adelante, tener los recursos y el tiempo necesario para recopilar y analizar el corpus documental y el material bibliográfico utilizado en este trabajo. A Néstor por saber comprenderme y por la paciencia que ha tenido frente a mis reiteradas "ausencias". Con todo Uds. estaré en deuda por siempre.

## INTRODUCCION

Las tecnologías reproductivas (TR, a partir de ahora) designan a un conjunto de técnicas que permiten la fecundación del óvulo y espermatozoide mediante procedimientos de laboratorio. Entre éstas técnicas, la *fecundación in vitro y transferencia de embriones* (FIVTE) y una variante de ésta denominada *inyección intracitoplasmática de un espermatozoide* (ICSI). Estas técnicas han sido consideradas como el mayor logro obtenido por el campo biomédico en el ámbito de la reproducción humana. Desde sus inicios las controversias planteadas desde diversos sectores sociales han girado en torno a la artificialidad de las mismas y a su capacidad de crear un nuevo ser pasible de ser manipulado. Este “ser” es el embrión y ha sido el personaje central de las discusiones tanto nacionales como internacionales.

Los problemas contruidos en torno a la figura del embrión se han manifestado en el campo de la bioética, de la política tanto de derecha como de izquierda, desde los sectores religiosos, especialmente la Iglesia Católica, y desde los medios de comunicación. Sin embargo, poco se ha discutido en relación con otras temáticas. Por ejemplo, como desarrollaremos en este trabajo la situación de los sujetos (mujeres, hombres) sometido a este tipo de intervenciones. Una excepción lo constituyen los diversos sectores del feminismo que trasladaron el foco de discusión del embrión al cuerpo de la mujer. El cuestionamiento del feminismo a la medicina reproductiva se ha centrado en el control y manipulación del cuerpo de la mujer.

A 26 años del nacimiento de Louise Brown, la primer “bebé de probeta” con la “ayuda” de los médicos Robert Edwards y Patrick Steopte, no se han disipado los problemas planteados por las TR. En Argentina estas técnicas comienzan a practicarse a fines de la década del ochenta en un contexto social y una situación marcada por una crisis del sistema de salud.

El objetivo de este trabajo es indagar y analizar las construcciones de sentido que a través de múltiples discursos definen y delimitan el campo denominado “reproducción médicamente asistida”. Para este trabajo se han seleccionado los discursos de los especialistas en medicina reproductiva y los legisladores que en su calidad de expertos

poseen los recursos materiales y simbólicos para definir y orientan los términos del debate social en torno a la cuestión.

El propósito de esta investigación es entonces analizar las implicaciones sociales (médicas, jurídicas y políticas) de las TR en el contexto local y la construcción y expansión de un mercado reproductivo.

La primera parte de este trabajo estará centrada en la discusión conceptual y metodológica: la misma estará dividida en dos capítulos;

En el *capítulo primero*, ampliaremos el problema de investigación y expondremos las coordenadas conceptuales que guiarán el análisis. Dichas coordenadas son el concepto de control social desde una perspectiva crítica, el concepto de biopoder y la categoría de género.

En el *capítulo segundo*, nos detendremos en detalle en algunas cuestiones metodológicas dado que consideramos que nuestra investigación no se ajusta al tradicional trabajo de campo. En consecuencia explicitaremos la perspectiva metodológica, la construcción del campo y de los datos.

La segunda parte estará dedicada completamente a la medicalización de la reproducción y comprende:

El *capítulo tercero*, cuyos objetivos son por un lado, realizar un recorrido por la historia de la medicalización de la reproducción (embarazo y parto) y la gestión médica del mismo. Por otro lado, se profundizará en el aspecto biopolítico de la TR y su relación con las políticas natalistas y de control de población. Por último, reubicaremos las TR en el campo de la biotecnologías e ingeniería genética para dar cuenta de su íntima relación.

En el *capítulo cuarto* problematizaremos la definición médica de infertilidad; discutimos las etiologías (causas) de la infertilidad según los criterios médicos y la naturaleza de las intervenciones .

En el *capítulo quinto*, se describirán de forma extensa la fecundación in vitro y la inyección intracitoplasmática de un espermatozoide y cada una de sus etapas. Por último se hará un recorrido por la literatura especializada donde tiene lugar el debate en torno a los riesgos para las mujeres, para los niños nacidos mediante esta técnicas.

En el *capítulo sexto*, profundizaremos en los supuestos que subyacen y legitiman dichas intervenciones con tecnología reproductiva.

La tercera parte estará centrada en las implicaciones políticas y jurídicas de las TR:

En el *capítulo séptimo* se analizarán las demandas al Estado por la cobertura de los tratamientos por parte de los médicos y pacientes. En este sentido, dichas demandas serán relacionadas a la situación socioeconómica y epidemiológica (morbimortalidad maternidad-infantil) y la situación del sistema de salud y la seguridad social.

El *capítulo octavo* estará dedicado al análisis de los proyectos de ley sobre “reproducción médicamente asistida”. Analizaremos el objeto de regulación de los mismos y las representaciones sociales que subyacen en el control jurídico.

**PRIMERA PARTE**

**HERRAMIENTAS CONCEPTUALES  
Y METODOLOGICAS**



# CAPITULO PRIMERO

## Consideraciones conceptuales

Como planteamos en la introducción, el elitista mercado reproductivo local cuenta con 35 centros de reproducción establecidos en el subsector privado del sistema de salud y esta dirigido a una clientela que posee la capacidad económica para hacer frente a las onerosas TR. No obstante, se asiste por parte de sus promotores a los intentos de ampliación de su campo de acción mediante la afirmación del aumento de la infertilidad, la demanda social de los infértiles, y por lo tanto, se exige la integración de la medicina reproductiva a la Seguridad Social o al Programa Médico obligatorio (PMO) o, al menos, sean cubiertos sus efectos (embarazos, partos y atención de los bebés nacidos con TR).

No obstante, la construcción de sentido de las TR como un conjunto de técnicas asistenciales que permitirían el embarazo a las parejas infértiles, debe ser problematizada en varios aspectos. En primer lugar, su naturaleza “asistencial” no es un dato a priori con sustento en las afirmaciones de sus promotores. Es decir, para que un conjunto de intervenciones en el campo de la salud sea considerado un tratamiento tiene que cumplir con ciertos requisitos esenciales y es, desde ahí, que se podrá definir su naturaleza —como tratamiento médico, quirúrgico, curativo, paliativo, sintomático o alguna otra clasificación médica o no médica. Segundo, y con respecto a las demandas por la cobertura de las TR, las medicina reproductiva se inscribe en el subsector privado del sistema de salud el cual, en conjunto, atraviesa una crisis institucional y financiera que condiciona las respuestas que podrían darse desde el Ministerio de Salud a dichas demandas. Sin embargo, tales repuestas no pueden ser abstraídas de las condiciones sociales, de la situación sanitaria y epidemiológica del país, que afecta a la gran mayoría de la población.

Para abordar estos problemas, bajo los supuestos que a continuación desarrollaremos, partimos de una serie de ejes conceptuales relacionados. Éstos están conformados por el concepto de **control social** desde una perspectiva crítica, el concepto de **biopolítica** desarrollado por Michel Foucault y Giorgio Agamben, y la **categoría de género** deudora de la práctica teórica del feminismo. Aquellos otros conceptos vinculados con estos conceptos-ejes serán tratados en este capítulo y otros que serán de utilidad para el análisis serán **explicitados en su momento**.

## 1. Las tecnologías reproductivas como dispositivo

Entendemos a las prácticas y discursos que constituyen a las tecnologías reproductivas como dispositivo técnico-reproductivo que comprende técnicas y métodos de fertilización intra y extracorpórea, discursos médicos, genéticos, normas jurídicas, posturas filosóficas, religiosas, discurso de los pacientes, ideologías de la maternidad, paternidad y filiación, del desarrollo embrionario; instituciones y/o centros de reproducción, entre otras<sup>1</sup>. Estos diversos elementos discursivos o no discursivos<sup>2</sup> constituyen estrategias de control e intervención sobre los cuerpos e instituye nuevas formas de subjetividad al operar biotecnológicamente sobre el proceso reproductivo en un contexto de creciente mercantilización de la vida.

El término dispositivo hace referencia a la relación entre estos diversos elementos que interceptan y dan sentido (constituyendo) a las prácticas conocidas como “reproducción médicamente asistida”. En otras palabras, el dispositivo no es un estado sino un proceso por el cual se pretende, se busca naturalizar e instituir un conjunto de prácticas. Es por ello, un conjunto de tecnologías de control flexibles y pasible de reajustes constantes que va adaptándose a los requerimientos sociales, políticos y médicos en determinada coyuntura<sup>3</sup>.

Como dispositivo, las TR y las prácticas que las sustentan están determinadas por procesos sociales complejos irreductibles a un campo social específico. Los intereses que las sustentan y los efectos que los producen son complejos y de ningún modo evidentes, dada la multiplicidad de prácticas sociales que le dan materialidad y efecto simbólico. Por lo tanto, designar con el término dispositivo a dicho conjunto de prácticas evita, como dijimos, tomar como evidente la naturaleza asistencial de las intervenciones técnicas sobre el proceso reproductivo. Por otro lado, permite no circunscribir al ámbito médico exclusivamente sus efectos, porque es posible que las implicaciones deriven de su interrelación con otros ámbitos.

---

<sup>1</sup> Nos reapropiamos del concepto de Foucault para referirse a la sexualidad. (Foucault: 1990).

<sup>2</sup> Lo que entendemos por prácticas discursivas y no discursivas será discutida en la parte metodológica.

<sup>3</sup> Foucault, llamo a esta flexibilidad del dispositivo “relleno estratégico del dispositivo”. Véase (Foucault, 1994:127-133).

Por último, por estrategias entendemos a los diversos procedimientos que intentan cierta manipulación de las relaciones de fuerzas sociales bien para desarrollar, bien para legitimar o impugnar a las TR en un espacio de relaciones sociales conflictivas. Estas estrategias se entretajan, se refuerzan o se oponen en función de la distribución material y simbólica de los recursos de poder que diversos grupos y/o sujetos sociales activan para alcanzar ciertos objetivos

En suma, el dispositivo técnico-reproductivo posee conceptualmente la ventaja de poder des-sustancializar, des-cosificar a las TR y reinstalarlas en prácticas y procesos sociales complejos cruzadas por relaciones de poder que son sus condiciones de posibilidad.

## 2. Tecnociencia y biotecnologías

La reproducción humana es el campo de transferencia y aplicación de los conocimientos biotecnológicos producidos y acumulados en las últimas décadas en el área de la reproducción animal (industria ganadera). Ellos son aplicados a la procreación humana en procesos crecientes de intervención, control, medicalización y tecnologización del cuerpo –femenino- y de los “hechos biológicos”. Por otra parte, en las últimas décadas, el complejo genético industrial multinacional -las grandes empresas farmacéuticas, los laboratorios biotecnológicos y los proyectos genómicos- ha invertido gran cantidad de dinero en la experimentación embriológica que es prerequisite para la investigación biogenética y cuyo soporte técnico son las TR<sup>4</sup>. (Stolke, 1991)

Las TR conceptivas se inscriben así en el contexto de la *tecnociencia*, la cual “*configura una imbricación estrecha entre tecnologías, ciencia e industria y una forma suprema de potencia y dominio en la que son esenciales las ideas de invención, regulación, decisión, manipulación y control de la materia orgánica definida según sus propiedades físicas, químicas y biológicas, elementos que pueden ser intercambiados y remodelado*”

---

<sup>4</sup> Aclaramos que no toda tecnología de reproducción es necesariamente molecular y genética y que éstas no están en su totalidad ligadas de forma inmediata al campo de la reproducción asistida.

*entre sistemas*”<sup>5</sup> (Rotania, 1999:337). El término tecnociencia denota la imposibilidad de mantener los límites clásicos entre ciencia y tecnología, entre investigación pura e investigación aplicada.

Estamos, entonces, frente a un complejo ciencia–tecnología donde lo que se puede investigar y las conclusiones que se pueden alcanzar sobre los procesos estudiados es altamente dependiente de la tecnología disponible y, buena parte de ellos, están en función de prioridades tecnológicas. En este proceso, son las empresas privadas quienes corren hoy con buena parte del gasto en investigación y desarrollo e incluso con la ejecución de las investigaciones.

Las investigaciones biotecnológicas en sus orígenes fueron mantenidas con fondos públicos, ya que casi todas las aplicaciones era consecuencia de una investigación básica académica, pero a fines de los años setenta rápidamente se desplazaron al ámbito privado. Lo que hoy se conoce como biotecnología moderna o ingeniería genética asociada a la empresa privada, tuvo sus inicios en 1976, científicos y empresarios se unieron para fundar empresas biotecnológicas. Lo novedoso de todo este proceso fue la aparición de una nueva categoría: la del **investigador-empresario**<sup>6</sup>. (Folgarait, 1992:11)

El término tecnociencia pone entonces la atención en la íntima conexión entre ciencia, tecnología e industria y, aún más, las tecnociencias no sólo indagan procesos naturales sino cada vez más objetos y procesos que la propia instrumentalización de la investigación ha hecho posible. Los resultados de la investigación, teniendo al mercado como referencia, son también evaluados principalmente por criterios de eficacia manipulativa, de operatividad, y sólo a través de ellos puede juzgarse el “valor de verdad” de los conocimientos implicados.

### **3. El nuevo orden social y las TR**

La tecnociencia y las TR inscriptas en ella, como proceso dependiente de condiciones históricas precisas y concretas se ubican en un contexto sociopolítico más amplio que

---

<sup>5</sup> La tecnociencia indican, además, la interacción de la biología con otros sectores: neurotecnologías, tecnologías de procreación (clonación), control de los mecanismos de envejecimiento, prótesis, implantes electrónicos actuantes sobre el aprendizaje, memoria e inteligencia, biotransmisores, bioconversión, etc.

define sus condiciones de posibilidad. La importancia que revisten para el orden social, la articulación de intereses científicos y empresariales y la emergencia de la nueva categoría de expertos (los investigadores-empresarios) dan cuenta de los cambios acaecidos en las últimas décadas.

Pensar a las biotecnologías, y en especial a las TR, como dispositivo de control social supone delimitar conceptualmente que se entiende por “control social” y por “orden social”. Como sostiene Pegoraro, *“la descripción y análisis de los “problemas humanos” y su control será diferente si nos acercamos a ellos con una visión organicista de la “sociedad” o con una visión del “orden social” impuesto por las relaciones de fuerzas, fuerzas que someten, dominan, imponen su ley”* (2003:52).

En consecuencia, no tiene sentido hablar de las biotecnologías bajo el supuesto de una tecnociencia neutral a los valores de determinado orden social<sup>7</sup>. Es decir, la creencia de que el proceso de producción científico y tecnológico implica, en toda circunstancia, un creciente progreso para la humanidad. Supuesto, según el cual, la ciencia no produce más que hechos, mientras que es la propia “sociedad” la responsable del uso o abuso de ese conocimiento producido.

La idea de un progreso tecnológico que determinaría el rumbo y los cambios sociales encubre el funcionamiento concreto y real de las tecnologías. Ensombrece el hecho que no es el producto neutral de cierto desarrollo científico motivado por simples deseos humanitarios, sino el resultado de una serie de decisiones específicas, realizadas por ciertos grupos sociales, en un contexto social específico, y persiguiendo intereses concretos. (Wajcman; 1994:153-154).

De este modo las elecciones políticas son inherentes a la selección de diseños y tecnologías puestas en circulación en un determinado orden social. La ciencia y la

---

<sup>6</sup> Es el caso paradigmático del científico Herbert Boyer y el empresario Robert Swanson unidos en 1976 para fundar *Genentech*, la primera empresa privada en ingeniería genética.

<sup>7</sup> En este trabajo no podemos ahondar en los problemas planteados por la sociología de la tecnología y los análisis de la relación entre desarrollo tecnológico y sociedad. Para una clásica discusión en torno a la ciencia y tecnología, racionalidad instrumental y dominación social en el capitalismo tardío. Véase Herbert Marcuse, *El hombre unidimensional*, México, Joaquín Mortiz 1969, y Jürgen Habermas, *Ciencia y técnica como “ideología”*, Madrid, Tecnos, 1984. Dentro de los recientes enfoques en el análisis de las tecnologías se encuentran el programa SCOT (construcción social de las ciencias y la tecnología) encabezado por Trevor Pinch y Wiebe Bijker, la teoría de la Red de Actores de Bruno Latour y Michel Callon y los estudios de los sistemas sociotécnicos con Thomas Hughes. Otras tendencias adscriptas a tradiciones más pragmáticas y preocupadas por las consecuencias del desarrollo tecnológico es la escuela americana de críticos culturales como Langdon Winner, Arnold Pacey, Carl Mitcham y Paul Durbin. (Iañez Pareja y Sánchez Cazorla, 04)

tecnología se han convertido en recursos estratégicos políticos y económicos tanto para los Estados como para las industrias. De ahí que nazcan del conflicto y de la resistencia entre promotores y afectados, y los debates sobre tecnologías esten atravesados por distintos intereses y valores puestos en juego para facilitar o dificultar su resolución. En consecuencia, la viabilidad de una tecnología no sólo depende de factores económicos o de un desarrollo intrínseco (determinismo tecnológico) sino principalmente de fuerzas sociales en pugna y valores en conflictos.

### 3.1 El control social y el nuevo orden social

Desde esta visión del orden social impuesto por las relaciones de fuerza. Entendemos por control social a *“la estrategia tendiente a naturalizar y normalizar un determinado orden social construido por las fuerzas sociales dominantes”* (Pegoraro, 1995:82). La idea de estrategia implica que existen fuerzas en pugna en un espacio social dado, y la idea de naturalizar sugiere que tal estrategia busca lograr políticamente la naturalización de su orden dominante<sup>8</sup>. Esto significa que el orden dominante procura rutinizarse las conductas individuales y grupales entendidas como *aceptables* o *funcionales*.

Por otro lado, varios autores ha sostenido que los cambios acaecidos con la caída, en los años setenta, del Estado de Bienestar interpretado como crisis de un modelo de acumulación capitalista basado en la socialización de los riesgos, ha dado paso a un nuevo orden social denominado *“neoliberal avanzado”* (Rose, 1997). En efecto, *“la socialización de la empresa capitalista privada y de las relaciones de mercado que habían sido percibidas como la salvación frente a las amenazas del socialismo y frente a la “desintegración moral” y social aparecía ahora como incompatible con la supervivencia de una sociedad basado en una economía capitalista”* (Idem, 90).

---

<sup>8</sup> Como dijimos esta perspectiva es totalmente contraria a la concepción de control social entendidas como cohesión armónica de los individuos en una “sociedad” mediante la internalización de roles de la teoría estructural-funcionalista de Talcott Parson, véase por ejemplo.

<sup>9</sup> Por ejemplo Grassi, *“al mismo tiempo que favoreció la expansión del capital, permitió el desarrollo de los derechos sociales como fórmula de realización y legitimación del mismo”* (Grasi, 1995:92). También Robert Castel cuando afirma que *“El Estado velaba por la correspondencia entre los objetivos económicos, los objetivos políticos y los objetivos sociales: circularidad de una regulación que pesaba sobre la economía para promover lo social y que hacía de lo social el medio para sacar a flote a la economía cuando esta se hundía”* (1997:382)

La necesidad de supervivencia de la economía capitalista implicó una serie de mutaciones en las formas de gestión de lo social. Lo que se denominó “reformas neoliberales” incluyó: la mercantilización de los servicios de la salud, de las pensiones y de los seguros; transformaciones del sistema educativo, privatización de las empresas públicas, introducción de modalidades de gestión propias del sector privado en las instituciones estatales, la flexibilización laboral, de contrataciones etc.<sup>10</sup>.

Estas mutaciones generales que afectaron a todos los países sin distinción de adscripciones políticas, tuvieron cierta particularidad en el ámbito local. Como consecuencia, estos procesos afianzaron los intereses de las clases dominantes favoreciendo al capital privado nacional-transnacional, y a su vez, el rol de productor y garante de servicios y bienes, fue prácticamente abandonado por el estado nacional y fue asumido por los estados subnacionales, las empresas privadas y las ONGs (Oszlak, 1997:16-17).

Sin embargo, el Estado *no desapareció* con estos procesos sino que continuó conservando algunas de sus antiguas funciones y comenzó a ocupar nuevos lugares estratégicos en la relación Estado-sociedad civil. En palabras de Oszlak (Idem,1997), se trató de una verdadera “reinención del gobierno”, una revisión radical de la organización y las prácticas gubernamentales que acompañó los cambios en las expectativas de la gente acerca de lo que el gobierno debe hacer y cómo debe hacerlo. Una verdadera “reconversión de lo social” donde no existe ya una referencia a un todo homogéneo: “la Sociedad”, sino a numerosas y heterogéneas esferas “sociales” (la comunidad, el barrio, etc.). En esta rearticulación, la devaluación de nociones generales como ciudadanía social, pertenencia de clase, solidaridad (socialización de los riesgos) fue sustituida por una reactivación y extensión de los principios del mercado y los valores individualistas de eficiencia y competitividad.

En Argentina la hegemonía de los valores de mercado y la relegación de los derechos sociales se cristalizan, por ejemplo, en la Constitución Reformada de 1994, donde se hace realidad este nuevo paradigma incorporando un Capítulo llamado “Nuevos Derechos y Garantías”. En mismo se establece que “*los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienden derecho a [...] la protección de la salud, seguridad e intereses*

---

<sup>10</sup> Lo que se conoció como reforma del estado en los 90 tuvo como rasgo principal la reducción del aparato estatal a través de políticas de desregulación, descentralización, privatización, tercerización y achicamiento de la dotación del personal (Oszlak, 2001, 4).

*económicos [...] a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno. Las autoridades proveerán a la protección de esos derechos [...] a la defensa de la competencia contra toda forma de distorsión de los mercados. [...] a de la calidad y eficiencia de los servicios públicos [...] y a la constitución de asociaciones de consumidores y de usuarios. (Constitución de la Nación Argentina)*

Estas “nuevas reglas de juego” (Oszlak;1997) supuso la reconceptualización del sujeto y del lugar que debe ocupar en el nuevo espacio social. Este nuevo sujeto construido y estimulado por el liberalismo avanzado ha sido caracterizado no ya como el antiguo homo oeconomicus sino como *Homo Prudens* (O'Malley, 1996). Un sujeto responsable y activo que toma el futuro en sus propias manos; que satisface sus necesidades en el mercado de acuerdo a su poder adquisitivo tanto para contratar un servicio de salud, acceder a una vivienda, buscar un empleo, solicitar una ayuda estatal, proveerse de seguridad física, como para modificar sus hábitos y desarrollar determinado estilo de vida.

La socialización de los riesgos de la época keynesiana se trastoca así en **gestión privada de los riesgos**, “*el ciudadano tiene, por tanto, que añadir a sus obligaciones una nueva: la de adoptar una prudente y calculadora relación personal con su destino, considerado ahora en términos de peligros calculables y riesgos previsibles*” (Rose;1997: 38). Participación, reflexividad, cálculo, previsión son los nuevos valores estimulados por la ideología neoliberal tanto desde las agencias estatales como por una suerte de (re)apropiación de la sociedad civil.

#### **4. Sistema de salud y el nuevo régimen de prudencialismo**

Según O'Malley, en este período de hegemonía del mercado, la relación del sujeto-paciente con el sistema de salud también ha sido transformado para amoldarse a las nuevas reglas de juego. Según este autor, la gestión predominante, o que pretende serlo, es un nuevo régimen de prudencialismo. Entendiendo por esto, la retracción de las tecnologías (de poder) de gestión de los riesgos socializados (seguridad social universal, etc.) y su progresivo reemplazo a través de la extensión de las técnicas basadas en los riesgos privatizados (actuarialismo, auditorias, etc.). Así como la articulación de esta nuevas formas de gestión



con el despliegue de terapias e intervenciones disciplinarias que facilita, recarga y refuerza el gobierno a través de la responsabilidad individual (autoayuda, terapias alternativas, etc.).

En este régimen entonces la provisión administrada públicamente o el tratamiento médico subsidiado comienza a decaer; la escala y el rango de los servicios provistos por el Estado van estrechándose, cualificando condiciones para el acceso cada vez más rigurosas al tiempo que los servicios tienden a ser reconocidos como poco atractivos. La confianza/seguridad en la medicina pública es entonces desalentada. Proceso de desvalorización paralelo a la promoción del seguro privado de salud y la provisión de servicios médicos privados. Ambos, Estado y sector privado tensionan la base moral y racional para dar preferencia a los tratamientos del sector privado.

El sujeto individual responsable daría así “pasos racionales” para evitar y asegurarse contra el riesgo en orden de ser independiente mas que cargándolo sobre los otros. El individuo racional y responsable tomaría prudentes medidas en el manejo de su propio riesgo, convirtiéndose así en práctica cotidiana *del sí mismo*. El riesgo se vuelve responsabilidad moral o el *deber de estar bien*.

De ahí entonces que el único responsable por el futuro es el propio sujeto. “*Si la regulación del estilo de vida, la modificación del comportamiento, los riesgos y la transformación de actitudes insalubres se torna imposible a través de un completo esfuerzo, entonces esto se constituye como una falla del yo para tomar cuidados de sí mismo, una prueba de irracionalidad o simplemente una falta de destreza*”. (Grecco, 1993, citado en O’Malley, 1997: 200).

Por lo tanto, las TR y los discursos que las sustentan sólo son comprensibles si son restituidas al contexto sociopolítico y económico que le otorgan su sentido, y a la red de relaciones y representaciones sociales que crean las condiciones de posibilidad para la construcción de demandas sociales en materia de reproducción. La demanda del hijo/a propio/a ha sido y es la justificación de la proliferación de técnicas de fertilización, es decir, se presentan como prácticas de asistencia curativa para mujeres y hombres ante su imposibilidad de cumplir con sus deseos “naturales” de ser padres. Sin embargo, demanda socialmente inducida y deseo libremente expresado no son fácilmente separables en el contexto actual.

## 5. La dialéctica de las representaciones sociales

Una cuestión fundamental entonces para comprender los nuevos discursos, las nuevas estrategias y las relaciones de fuerza en torno a la medicina reproductiva, y las TR es, como se ha dicho, evitar una lectura determinista de estos procesos. Como han sostenido varios autores *“las acciones toman cuerpo condicionadas por los aspectos materiales de una sociedad determinada, pero también enmarcadas en sistemas de representaciones que las hacen significativas y encauzan su realización”* (Narotzky, 1995: 15, también Williams, 1973; Bourdieu, 1980; Godelier 1984). La realidad material es a la vez causa y efecto de determinado sistema de significados y ambos aspectos aparecen indisolublemente asociados.

Las representaciones sociales afectan a la materialidad (biología) de la reproducción: *“las ideologías sobre la concepción, el desarrollo embrionario, el status del feto, el embarazo, el parto, la lactancia, la sexualidad y la sexuación, no son tan solo expresiones de determinadas relaciones sociales ligadas a la reproducción biológica. Si no que enmarcan las prácticas de los procesos sociales y al tiempo se transforman con ellos”*. (Narotzky, 1995: 91).

Tanto las investigaciones etnográficas como las históricas han demostrado que en toda sociedad la procreación se encuentra bajo algún tipo de control social. La procreación nunca es un fenómeno puramente biológico y siempre implica normas, restricciones y prescripciones que la constituyen como “natural” en un determinado contexto sociohistórico.

Sin embargo, en las sociedades capitalistas la novedad consiste en que este control ha sido monopolizado por el saber tecno-biomédico. Sus efectos entonces están relacionados al control social blando como aquel *“que modifica integrando-naturalizando-cooptando las situaciones conflictivas. Éste último se ha desarrollado históricamente en las intervenciones sanitarias, asistenciales y psiquiátricas”*. (Pegoraro, 1995: 84). En esta misma línea interpretativa es posible ver el control médico como ejercicio del biopoder y al saber médico como a la estrategia que permite incorporar en un campo de intervención aspectos cada vez mayores de la vida social.

## 6. Biopoder en la sociedad moderna

Foucault desarrolló la tesis de que el elemento clave para el desarrollo capitalista fue el *biopoder*<sup>11</sup>. El biopoder es aquel poder que administra los cuerpos y gestiona la vida con fines políticos y económicos. (Foucault; 1990:169). El biopoder fue posible gracias a la articulación de dos tecnologías políticas: la disciplina y la biopolítica. La disciplina, surgida a fines del siglo XVIII, esta conformada por técnicas *anátomo-políticas* centradas en el cuerpo individual buscando corregir, disciplinar y normalizar a los individuos en sujetos dóciles y productivos.<sup>12</sup> La segunda tecnología, la biopolítica, toma como blanco no ya al cuerpo individual sino al hombre viviente (Idem, 173). La biopolítica es una tecnología que actúa sobre la *población* a través de individuos en tanto *entidad biológica* que debe ahora tomarse en consideración como mediadora de procesos vitales mas generales y es, por lo tanto, un poder totalizante que apunta al cuerpo-especie.

Según Foucault, la biopolítica trabaja sobre la población como problema biológico y como problema político. Objetos de saber y objetivos de control de la biopolítica han sido en la sociedad moderna los problemas relativos a la natalidad, la morbilidad y la longevidad. La medicina ha tenido un rol fundamental en este proceso actuando para medicalizar a la población. Entendiendo por *medicalización* las estrategias por las cuales el saber médico ha encerrado en su campo de saber y de acción a muchos asuntos de la vida social que con anterioridad no eran definidos como problemas médicos (Illich 1978; Foucault, 1996:86 ; Willians y Calnan, 1996; Conrad, 1985:130).

El campo de acción de la medicina rebasó el campo definido de las enfermedades, los síntomas y las demandas del enfermo, imponiéndose a los individuos como acto de autoridad. De este modo, amplios aspectos de la vida no “patológicos” fueron medicalizados: embarazo, infertilidad, menopausia, sexualidad, niñez, lactancia, vejez, ocio, dieta alimentaria, etc. (Foucault, 1996).

Este proceso fue posible por un saber institucionalizado que monopolizó el poder de definir lo normal y lo patológico. Es decir, la facultad de etiquetar a un individuo, grupo o población como enfermo (desviado) según un ideal de salud, de norma biológica entendida como frecuencia estadística, pero que es sobre todo una valoración moral y política de lo

---

<sup>11</sup> Véase el desarrollo de esta concepción en ( Foucault, 1986; 1990; 1996).

<sup>12</sup> Sobre la disciplina como tecnología política ver: Cap. 9 “disciplina” en : Vigilar y castigar, México, Siglo XXI, 1985.

deseable (Conrad y Schneider, 1985: 7-36; Ingleby, 1982: 129-154; Foucault, 1996: 75-80; 2000: 56-57).

Cabe aclarar que el biopoder fue posible en el contexto de la constitución del Estado de Bienestar (1880-1950) y la emergencia de la *cuestión social* (Castel; 1997) o la *Invencción de lo Social* (Donzelot; 1984), es decir, la gestión socializada de la enfermedad, la incapacidad, la vejez, el desempleo, el aumento progresivo de la renta, pero también las disposiciones relativas a la maternidad, paternidad, natalidad y crianza (Bock y Thane 1991: 13).

En este contexto histórico se hace inteligible que el biopoder es el ejercicio del poder sobre la vida que busca administrarla, cuidarla y multiplicarla; ejerciendo sobre ella controles precisos y regulaciones generales (Foucault; 1990: 165). Pero este proceso favoreció también, desde sus inicios, la inserción progresiva y controlada de los cuerpos en el aparato de la producción capitalista, a la vez que opero como mecanismo de segregación y jerarquización social garantizando relaciones de dominación y efectos de hegemonía<sup>13</sup>. Para Foucault entonces *“el control de la sociedad no opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce sobre el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante es lo biológico, lo corporal. El cuerpo es una realidad biopolítica, la medicina es una estrategia biopolítica”* (Idem, 87, el resaltado es nuestro).

Sin embargo, en el nuevo contexto social, existen ciertas dudas de que el biopoder se ejerza como un poder totalizante intentando procurar el bienestar –y la dominación– del conjunto de la población. Aquí hay que recurrir a Giorgio Agamben para entender cómo la biopolítica tiende a incluir a la *vida nuda* (pura vida biológica) en los mecanismos del poder. A pesar de no poder desarrollar en profundidad el pensamiento del filósofo, rescatamos la idea según la cual, existe una continuidad entre sociedades “democráticas” y “sociedades totalitarias” fundado en la continuidad del ejercicio de la biopolítica.

Este autor analiza, entre otra cuestiones, la complementariedad entre el modelo jurídico-político y el desarrollo de las ciencias biomédicas (tecnologías de transplantes, tecnologías reanimación, las definiciones de muerte médica legal, etc.) y afirma que *“hoy...*

---

<sup>13</sup> “Decir que el poder se apoderó de la vida, o que tomo a su cargo desde el siglo XIX, equivale a decir que llegó a ocupar toda la superficie que se extiende de lo orgánico a lo biológico, del cuerpo a la población, a través del doble juego de las tecnologías de la disciplina y de las tecnologías de la regulación”. (Foucault 1996: 181).

*vida y muerte no son propiamente conceptos científicos, sino conceptos políticos que, en tanto tales, solo adquieren un significado preciso por medio de una decisión, las fronteras son móviles por que son fronteras biopolíticas [y este proceso que esta en curso] indica que el ejercicio del poder soberano (...) se ha situado nuevamente en la encrucijada de las ciencias médicas y biológicas* (Idem; 208). Los médicos invocan al Estado, los Estados invocan a los médicos, el cuerpo se nacionaliza, y las decisiones (bio)políticas transcurren en nuevos terrenos más ambiguos donde médicos y soberanos parecen intercambiar sus papeles. En la biopolítica moderna, lo biológico y lo político son indistinguibles al ritmo de los progresos técnicos de la medicina y de las decisiones jurídicas que consagran (legitiman) la flexibilidad de dichas fronteras.

Es a partir de estas ideas que podremos con posterioridad analizar los conflictos que son planteados al momento de *decidir* cuál es el estatus moral del embrión in vitro en el contexto de las nuevas tecnologías de reproducción, y también desde este planteo, como podremos entender esos cuerpos sometidos a intervenciones medicas con TR, y que nos ubican nuevamente en la encrucijada planteada por Foucault y retomada por Agamben:

*“Desde los campos de concentración no hay retorno posible a la política clásica (...) la posibilidad de distinguir entre nuestro cuerpo biológico y nuestro cuerpo político, entre lo que es incomunicable y queda mudo y lo que es comunicable y expresable, nos ha sido arrebatado de una vez por todas. Y no somos sólo por emplear las palabras de Foucault, animales en cuya política está puesto en entredicho su vida de seres vivientes, sino también, a la inversa, ciudadanos en cuyo cuerpo natural está puesta en entredicho su propia vida política”.* (1995: 238)

## **7. La categoría teórica de género**

Así como el biopoder hizo posible la inserción controlada de los cuerpos en la maquinaria de la producción, también proveyó los instrumentos para la inserción de los cuerpos de las mujeres en la maquinaria de la reproducción (Sawicki: 1991: 67). Debemos pues, considerar ese cuerpo biopolítico no como neutro sino diferenciado según supuestas características biológicas que son, en efecto, biopolíticas.

En este sentido, el aporte fundamental de las teóricas feministas a una “economía política del sexo” (Rubin, 1996:57) fue haber realizado el análisis de las *políticas de reproducción*. Dichos análisis permitieron dar cuenta de los procesos de medicalización del cuerpo de la mujer y de sus capacidades reproductivas, articulando imperativos sociales y construcciones ideológicas<sup>14</sup>. El cuerpo biopolítico entonces, dejó de ser neutro.

Seguimos a Joan Scott para la definición de género que consta de dos proposiciones: **“el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen a los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder”**. (Scott, 1996:289)<sup>15</sup>.

Como elemento de las relaciones sociales basadas en las diferencias *percibidas* entre los sexos, el género es un constructo socio-cultural que no representa directamente la asignación funcional de papeles sociales biológicamente prescritos. Es decir, que la apoyatura biológica del género es, contra toda evidencia, ambigua e inestable. Las diferencias *percibidas* entre los sexos están generalmente estructuradas en una oposición binaria y dominan las clasificaciones sociales. En tanto principio de organización social es un sistema simbólico o de significado que está constituido por dos categorías que son complementarias entre sí pero que se excluyen mutuamente.

Los sistemas de género, sin importar su período histórico, son sistemas binarios que oponen el hombre a la mujer, lo masculino a lo femenino en un orden jerárquico. Mientras que las asociaciones simbólicas relativas al género han variado mucho, han tendido a contraponer lo instrumental a lo artificial, la cultura a la naturaleza, lo político a lo doméstico, lo público a lo privado, la razón a lo sentimental, etc. Sin embargo, *“estas oposiciones no permiten ver los procesos sociales y culturales mucho más complejos en los que diferencias entre mujeres y hombres, no son ni aparentes ni están claramente definidas”* (Scott, 1996: 36). Claro, es en ello donde reside su poder de naturalización, de mistificación operado por las representaciones de género.

La producción de formas “apropiadas” respecto al comportamiento de los hombres (masculinidad) y mujeres (femineidad) esta mediada por la compleja interacción de un

---

<sup>14</sup> La medicalización de la reproducción y el carácter biopolítico moderno de las TR será analizada en el capítulo III.

<sup>15</sup> Sería aquí imposible hacer un recorrido por el desarrollo, por cierto nada homogénea, de la categoría de género producida por la teoría feminista. Creemos que la definición de Scott resume y sintetiza gran parte del aporte producido por las distintas perspectivas teóricas dentro del feminismo.

amplio espectro de instituciones económicas, sociales, políticas y religiosas. Las instituciones encargadas de la reproducción social producen formas de conciencia y comportamientos asociados al género. De ahí, entonces, que la construcción de género no pueda ser reducida a simples divisiones binarias o a reflejos de las diferencias sexuales biológicas.

Para Narotzky *"El género es un concepto ligado a la reproducción social en su totalidad y, por tanto, la reproducción biológica, el sexo puede y suele ser uno de sus componentes, pero donde termina el sexo continúa y/o empieza el género"*. Pero además *"las relaciones de género -aunque no sólo estas- inciden en la construcción del sexo"* (1995: 89)<sup>16</sup>. Como evidencia histórica de la incidencia del género sobre las representaciones del sexo el trabajo de Laquer (1994:30) ha mostrado las cambiantes representaciones del cuerpo y el sexo desde la antigüedad hasta tiempos de Freud. Sus conclusiones remarcan que no existe un modelo científicamente correcto del sexo y de concebir al modelo de los *dos sexos* como la base "real" de la cual se construye las relaciones de género. Para este historiador, todo lo dicho sobre el sexo ya ha sido *reivindicado para el género*. El sexo, históricamente situado, *"solo es entendible dentro del contexto de las batallas en torno al género y el poder"*. (Idem, 32.)

Desde otras disciplinas también se ha cuestionado la naturalidad del sexo o del cuerpo. Para P. Bourdieu (1990; 14) *"la definición de cuerpo en sí, apoyo real de la labor de naturalización es, en efecto, el fruto de todo un trabajo social de construcción, sobre todo en su dimensión sexual"*. E. Martín (1987), demostró que no existen términos neutrales en la ciencia, el sesgo masculino atraviesa los textos de medicina, y en particular respecto a la manera "objetiva" y "científica" con que es abordada la reproducción humana. Desde las ciencias biológicas, Fausto-Sterling, quien estudio los casos de personas intersexuales, considera que el cuerpo humano es demasiado complejo para dar respuestas claras sobre la diferencia sexual, *"cuando más procuramos una base física simple para el sexo mas claro queda que el sexo no es una categoría física pura"*. (2001/02: 19).

---

<sup>16</sup> De igual modo, Verena Stolke considera que "hay que poner entredicho el vinculo "necesario" entre sexo y género en lugar de dar por supuestas las raíces biológicas de las categorías de genero, así como cuestionar el hecho "natural" del sexo.

El sexo, la sexualidad reproductiva, entonces no aparece como elemento base para la construcción sociocultural del género, es decir, como sustrato irreductible de consideraciones sociales concretas. Sin embargo, en tanto ideológicamente sigue considerándose al sexo como natural (en la ciencia médica, en la política, en lo jurídico, en el sentido común), *“procrear ha conservado esa aura de relación primaria, natural, instintiva y casi proto-social. Por ello es tan fácil la naturalización ideológica y conceptual de todas aquellas actividades que en determinadas sociedades, en determinados momentos históricos, se han considerado parte del proceso procreador”* (Narotzky, 1995:90).

Por lo tanto, el género *como forma primaria de relaciones significantes de poder* da cuenta de un *“campo primario dentro de cual o por medio del cual se articula el poder”* (Scott, 1996: 292). *“Los conceptos de género estructuran la percepción y la organización concreta y simbólica de toda la vida social (...) hasta el punto en que estas referencias establecen distribuciones de poder”* (Idem. 293). La distribución de poder se manifiesta además en el grado de autonomía o dependencia de mujeres y hombres en el acceso y control de su propio cuerpo.

Como vimos, las representaciones de género colocan a la mujer del lado de la naturaleza a causa de su particular capacidad biológica de gestar un nuevo ser. De esta constatación se ha constituido la ideología de la maternidad que reduce la femineidad a la maternidad y homologa mujer a madre. Claro está, esta ideología -e ideales maternos- han variado histórica y socialmente, pero ciertos aspectos fundamentales aún permanecen y son (re)creados en la vida cotidiana así como en las llamadas ciencias “objetivas”. Como vimos las ideas acerca de lo que se considera natural en la reproducción humana están mediatizadas por consideraciones de género. La misma naturaleza constituye una conceptualización socio-política. Pero estas cuestiones serán retomadas en el momento del análisis.



## CAPITULO SEGUNDO

### Consideraciones Metodológicas

La reflexión metodológica no puede estar escindida de los planteos teórico-conceptuales y es así como lo entendemos en este trabajo. No obstante, y dada la naturaleza de nuestro problema de investigación, parece necesario detenernos en algunas consideraciones metodológicas utilizadas en esta investigación. En concreto, creemos que nuestro problema de investigación no se ajusta fácilmente a los parámetros tradicionales del trabajo de campo. Por este motivo, se trata de ver cómo fue construido nuestro campo y de los datos con relación al problema y objeto de esta investigación.

Como principio epistemológico acordamos con Bourdieu cuando afirma que siempre es en función de cierta construcción del objeto que se impone tal método, y que las elecciones más empíricas son inseparable de los elementos más teóricos. (1995:167) De igual modo sostiene Grassi que, *“es la definición del problema objeto de investigación lo que delimita su abordaje metodológico (variables, ejes análisis, técnicas de investigación, etc.) y no la legalidad disciplinaria”*. (1996: 68).

#### 1. El objeto de análisis

Como objetos de análisis se tomó a los discursos constitutivos de lo que se ha denominado “reproducción asistida”. Puntualmente, los concernientes a las técnicas de fertilización in vitro y transferencia de embriones (FIVTE) y la inyección intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI), así como a sus técnicas y métodos complementarios<sup>17</sup>. En este sentido, focalizamos en cómo los discursos biomédicos conceptualizan la infertilidad, evalúan las potencialidades y riesgos de dichas técnicas y los supuestos acerca de la parentalidad. Asimismo, fue objeto de análisis los proyectos de ley sobre reproducción asistida en tanto prácticas jurídicas que contribuyen a la construcción de un determinado sentido de una TR y una forma particular de control social.

Un camino, entonces, fue abordar los *discursos sociales* de los sujetos que monopolizan la producción de sentido social de las TR, es decir, las declaraciones y acciones de los diversos “expertos”. Éstas son, entre otras, quienes serán o quienes no serán sus destinatarios, costos y beneficios –en términos humanos y económicos- de los tratamientos; los problemas éticos-legales que se construyen como consecuencia de la manipulación médica del material reproductivo (embriones, gametos). Las regulaciones jurídicas sobre aquellos aspectos consideradas como de legítima intervención y control: relaciones parento-filiales, de género, así como de los propios cuerpos involucrados. Esto supone además analizar qué “otras” implicaciones quedan soterradas o marginadas en ese proceso de construcción.

## 2. El discurso social, el sentido y el poder

Entendemos por discurso social “*a la cadena de enunciados producidos históricamente desde un lugar social*” (Castellani, 1997,155). “Producido desde un lugar social” implica reconocer que las posiciones sociales no son otra cosa que ejes de producciones simbólicas. Esto significa que puede hablarse del “discurso de la medicina”, del “discurso de los medios”, del “discurso de la política” y, en este sentido, cada uno de estos discursos presente ciertas regularidades o condiciones de producción específicas que permiten definir una serie como un “discurso”. Analizar los discursos sociales es estudiar la *construcción social de lo real* cualquier fuere su soporte material, y lo que llamamos discurso o un conjunto de discursos no es otra cosa que la configuración espacio-temporal de sentido, afirma Verón. (1987: 123).

Ahora bien, decir que el sentido de lo real es construido no implica que éste sea indiferente a la realidad material, ni que es completamente arbitrario con respecto a ella. Por el contrario, implica reconocer que esa construcción incluye el punto de vista del observador, y que ese punto de vista, por un lado, corresponde a un lugar social desde el cual se observan las cosas. En este sentido, coincide con lo que Verón llama lo “ideológico” como algo que contiene los discursos, sino que consiste en las condiciones de producción de todos los discursos en la medida en que el significado que se atribuye

---

<sup>17</sup> No nos detendremos aquí en la definición y descripción de estas técnicas que serán analizadas en

siempre depende de la posición desde la que se opera. Así, la ideología “es una gramática de generación de sentido” y es el sistema de ideas de una sociedad el que sustenta toda posibilidad de darle sentido a los mensajes.

En otras palabras, toda atribución de sentido incorpora a su visión del objeto toda la producción simbólica que circula en determinada sociedad y es justamente allí donde se cruza con el poder. En última instancia, el poder consiste en la capacidad de imponer el propio punto de vista a través de una producción simbólica, de un discurso que no es otra cosa que una “*una violencia que se ejerce sobre las cosas*” (Foucault, 1999,53). Pero debemos aclarar que los discursos sociales no son sólo y necesariamente verbales o icónicos, también las acciones jurídicas, económicas, medicas o cualquier práctica social son discursos que pretenden imponerse. Es en este sentido que la ideología es una gramática de producción de los discursos, mientras el poder consiste en los efectos sociales producidos por esos mismos discursos. Para volver a las palabras de Foucault, “*el discurso no es simplemente aquello que traduce las luchas o los sistemas de dominación, sino aquello por lo que, y por medio de lo cual se lucha, aquel poder del que quiere uno adueñarse*” (Idem, 15).

Esta articulación de los hechos del discurso en los mecanismos del poder supone que la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por cierto número de procedimientos de control y delimitación. A), *por procedimientos de exclusión*: no se puede hablar de todo en cualquier circunstancia sin estar expuesto a coacciones y condenas sociales. B), *por procedimientos de separación y rechazo*, por ejemplo, el discurso del loco, pero también del paciente que siendo central para el psiquiatra o el médico es (re)apropiado e incorporarlo a sus discursos. D), relacionado a éste último procedimiento, hay un *principio de delimitación* de las condiciones de uso del discurso que impone a los individuos que lo dicen cierto número de reglas y no permite, de esta forma, el acceso a todo el mundo. *Enrrecimiento*, también lo llama Foucault, de los sujetos que hablan; “*nadie entrará en el orden del discurso si no satisface ciertas exigencias o si no está, de entrada, cualificado para hacerlo*” (Idem p.39). Lo que es lo mismo, no todas las partes del discurso son inteligibles y accesibles para todos, algunas partes del discurso estarán protegidas mientras otras permanecerán abiertas.

---

profundidad en otro capítulo.

*El ritual* es la forma externa por la cual se cualifica a los sujetos para hablar; define gestos, comportamientos y circunstancias; son un conjunto de signos que acompaña al discurso y fija su eficacia simbólica. Entre los discursos ritualizados puede nombrarse a los discursos jurídicos, religiosos y terapéuticos. Éstos son discursos monopolizados, ajeno a los legos a no ser por aquellas partes accesibles.

Por todo esto, entonces, no se pretendió analizar los discursos en su soporte material per se, es decir, en tanto constructos lingüísticos y objeto del lingüista. Por el contrario, se tomó los discursos-prácticas como prácticas sociales que proponen un modelo de sociedad y de prácticas humanas articuladas en procesos sociales abiertos. Por lo tanto, no son procesos concluidos los que se analizaron, sino procesos dinámicos que buscan cristalizarse en determinado sentido. No obstante, como se ha visto, la disposición a dichas interpretaciones o a la producción de cierto sentido no esta igualmente distribuida en la sociedad, porque la producción de sentido no es independiente del lugar que ocupan las/os sujetos en el ordenamiento social, según coordenadas de clase, étnica, de género o basada en la orientación sexual.

Es decir, aunque nos apoyamos en determinado “sujeto enunciador” (Un médico, un legislador) en realidad lo observado es la cadena discursiva que contribuye a la construcción del sentido social de las TR, que no esta del todo en ninguno de los eslabones de la cadena sino entre ellos, desde el lugar social en donde se constituye el discurso. En otra palabras, el sujeto enunciador no sólo produce discurso sino también producido por el propio discurso que lo atraviesa.

### **3. La categoría de género como herramienta analítica**

Las ideologías/discursos<sup>18</sup> sobre la reproducción están íntimamente vinculadas a la construcción del género. Como vimos, el género es una construcción que toma las diferencias percibidas entre los sexos (anátomo-biológicas) como base para oposiciones

---

<sup>18</sup> Por lo todo lo dicho hasta aquí se entiende que no tiene sentido decir que un discurso es ideológico, sino que todo discurso es ideológico, o como diría Bajtin, todo signo es ideológico, porque esta construido desde un lugar social particular.

simbólicas binarias y simplificadoras de procesos sociales más complejos. El género es, pues, un medio para la construcción de diferencias biológicas<sup>19</sup>.

La utilidad, entonces, del uso de la categoría de género es que permitió dar cuenta de cómo se produce esa “biología socializada” en los discursos y en las prácticas médicas y jurídicas. La categoría de género permite analizar cómo las relaciones entre los sexos *biológicos* se manifiestan en el plano normativo en el contexto de la procreación “artificial”.

Esto es, porque la *naturalización* –biologización– de la relación sexo/género se encuentra socialmente arraigada y permea los discursos y prácticas de las instituciones sociales, de las políticas de salud, y del quehacer científico. Son (re)creadas en leyes y normas que regulan la procreación, las relaciones familiares, sexuales e intervenciones médicas. A nivel de los individuos concretos, las relaciones desiguales de género se manifiestan también en los grados de autonomía o dependencia de mujeres y hombres en el acceso y control de su propio cuerpo.

No obstante, el análisis no sólo apuntó a develar como las prácticas médicas reproductivas se sustentan en el *género*, sino como las teorías biológicas y fisiológicas y hasta la propia naturaleza, constituyen conceptualizaciones sociopolíticas. Como afirma Stolcke, “*es necesario examinar el contexto histórico que da lugar a determinadas ideas biológicas y de la naturaleza, y que, a la inversa, pueden explicar porque determinadas relaciones sociales son representadas en términos naturales*” (1998,300).

De igual modo, “*el género como forma sociohistórica de desigualdad entre hombres y mujeres, dirige la atención hacia otras categorías de la diferencia que se traducen en desigualdad, tales como la raza y la clase, planteado la pregunta acerca de cómo estas se interrelacionan*” (Stolcke: 1998: 297). Esta consideración es crucial para entender cómo el género y clase se entrecruzan en el contexto local. En concreto, las deficientes condiciones de atención médica materno-infantil de los sectores populares y a los elevados índices de mortalidad/morbilidad y por otro, la sobremedicalización de la reproducción de los sectores medios y altos que además pueden acceder a las tecnologías reproductivas.

---

<sup>19</sup> Recordemos que Tomas Laquer, Fausto Sterling y Verna Stolcke, entre otros, planteaban que el género es

#### 4. La perspectiva relacional

Creemos entonces que dichas herramientas analíticas permiten *desnaturalizar* las conceptualizaciones de sentido común y de sentido común científico (Bourdieu,1995) Consecuente con el problema planteado, el enfoque analítico de las implicaciones de las TR no se inscribe en un estudio que privilegia la relación médico-paciente (las relaciones diádicas) ni pretende analizar o “captar” los significados de los presuntos pacientes. En otras palabras, el análisis puntualiza en un recorte específico de la compleja red de discursos y prácticas que circulan en torno a las TR, es decir, aquellos discursos que buscan hegemonizar el debate.

Prestamos atención al lugar privilegiado desde cual hablan y actúan los especialistas en reproducción y los legisladores, los primeros en tanto constituyen un orden médico-reproductivo, los segundos en tanto (re)producen un orden normativo.

Sin embargo, hay otro motivo para no privilegiar la “perspectiva del paciente” en el sentido que hemos aludido. Se dijo en el capítulo anterior que el sistema médico no sólo posee funciones curativas sino de control social. Sin embargo, la distinción entre “el malestar del paciente” ( el significado cultural) y una “enfermedad del médico” (objeto de la medicina) debe ser problematizado.

El conocimiento y reconocimiento de esta “perspectiva del paciente” permitiría, según se cree, negociar intereses entre el sistema médico y el paciente para bien de este último<sup>20</sup>. En este sentido, acordamos con Michael Taussig que esta perspectiva “humanista” es una *“alianza extraña en la cual una parte se apropia de las ideas privadas de la otra con el propósito de manipularlas con éxito”*. De ahí entonces la siguiente pregunta planteada por este autor, *“¿qué posibilidad hay, en este tipo de alianza, de que el paciente explore el modelo privado del médico, tanto de la enfermedad como del malestar y que pueda negociar eso?”*. (1995,140).

Creemos que esta crítica es clave para nuestro enfoque: ¿cuál sería la ventaja de dar prioridad a los significados de los sujetos -¿objetos?- intervenidos tecnológicamente dado

---

también un modo de construir diferencias biológicas.

<sup>20</sup> Esta afirmación puede también ser extensible –salvando las diferencias- a aquellos “nuevos” expertos en medicina reproductiva que trabajan desde la perspectiva del paciente y tienen como meta mediar entre pacientes y reproductólogos. Veremos esto con más detalle al analizar la demandas del campo médico.

el desconocimiento de las prácticas reproductivas?. Es necesario problematizar -con antelación a cualquier análisis de la perspectiva del paciente- cuál es el modelo médico reproductivo que permite patologizar y a posteriori intervenir sobre los problemas de fertilidad. Observar cómo se construye ese campo de intervención, cómo se justifican dichas prácticas que a su vez permiten la constitución de un mercado reproductivo.

Por todo lo dicho, más que conocer qué piensan, dicen u ocultan los “pacientes” se analiza en qué contexto social local y más general; bajo qué organización institucional, y cuáles ideologías sustentan a las prácticas tecno-reproductivas. Prácticas y consecuencias que van más allá de la relación “médico-paciente” y que son reapropiadas y redefinidas por otros sujetos o grupos sociales. Retomando a Taussig *“lo que esta en juego aquí no es la construcción cultural de una realidad clínica, sino la construcción y reconstrucción clínica de una realidad convertida en mercancía.”* (Idem,143).

Creemos pues, que un análisis (bio)político de las prácticas médico-reproductivas es fundamental para situarla en un escenario social más amplio y más complejo para una comprensión de dichas prácticas y sus efectos sociales<sup>21</sup>. Como dijimos, dado el desconocimiento actual del tema precisamos, en primera instancia, y para expresarlo con una metáfora Zen, *“mirar el bosque sin perder de vista el árbol en su particularidad”*.

## 5. Deconstruir los problemas oficiales

Siguiendo con nuestro enfoque es necesario analizar lo problemas que son contruidos con respecto a la TR en tanto éstas plantean una disrupción en el supuesto orden natural de la reproducción biológica y social. Como afirma Bourdieu, *“toda sociedad elabora un cuerpos de problemas sociales considerados legítimos, dignos de ser discutidos, publicados, a veces oficializados, y en cierta manera garantizados por el Estado”* (1995,178). Problemas que varían de acuerdo a las fluctuaciones de la conciencia social del momento y produce su propia legitimación. Proceso en el cual participa el investigador toda vez que retoma esos problemas sin tensionarlos. De ahí, entonces, que sea necesario

---

<sup>21</sup> Sin embargo, no estamos afirmando que la producción de sentido social es unilateral, es decir, que el sentido provenga de “arriba” y sea reapropiada pasivamente desde “abajo”. Lo que se trata de hacer aquí es

analizar la constitución de esos problemas en un espacio de social en disputa entre quienes buscan imponer la mejor versión de esos problemas<sup>22</sup>.

Las TR como problema social oficial y *garantizado por el Estado* supone analizar cómo el campo burocrático contribuye a la consagración de dicho problema en universal. Es decir, analizar la representación burocrática de dichos problemas cuando se han vuelto objeto de discusión política a través de las comisiones parlamentarias y de los proyectos de ley. La codificación de leyes y normas frutos de esas discusiones tienden a cristalizar determinado sentido de las prácticas sociales, deviniendo en prácticas naturalizadas o rutinizadas<sup>23</sup>.

## 6. La construcción del campo y de los datos primarios:

Al inicio del capítulo afirmamos que nuestro problema de investigación no parece adecuarse al trabajo de campo “típico” antropológico. Esto es así, si entendemos al campo como un referente empírico en el cual realizar el trabajo antropológico, es decir, un ámbito físico donde se reúnen actores y actividades; un lugar donde se produce la interacción investigador-informante clave (Rockwell, 1986). Sin embargo, al campo no lo entendemos como una realidad dada sino como una construcción activa realizada entre el investigador y los sujetos. El campo no es un espacio geográfico, un lugar que se autodefine desde sus límites naturales, sino una decisión del investigador y, por tanto, un recorte de la realidad.

El rasgo *típico* del trabajo de campo, es decir, la presencia directa generalmente individual y privilegiada del investigador en el lugar donde se encuentran los actores/miembros de una unidad sociocultural debe ser problematizada. También como se pregunta Estela Grassi, “*¿el contacto directo y personal es condición sine qua non del método antropológico o el método es relativamente independiente de la modalidad práctica*

---

simplemente recortar en un punto determinado de la red de discurso que dan sentido a las prácticas con TR, un recorte en la semiosis ilimitada, según el esquema de Verón.

<sup>22</sup> El presupuesto de partida es que no existe una realidad social pre-dada sino que la misma va constituyéndose mediante dichas prácticas. De ahí entonces que la delimitación de una serie de problemas constituido como “problema social” sea una construcción activa, es decir, formativa de dichos problemas y dependiente de la distribución del poder (materiales y simbólicos) entre los sujetos implicados. Es, entonces, desde los contenidos ideológicos aludidos que, atraviesan los discursos de los sujetos en relaciones de poder concretas a partir de los cuales se definen y se recortan los problemas sociales.

<sup>23</sup> El capítulo V estará dedicado íntegramente al análisis de los proyectos de ley sobre “reproducción asistida”



*de acceso a la información? (...) el trabajo de campo no constituye una tarea neutra de recolección de información o de datos que están “en el campo esperándonos”, sino que en él se compromete una mirada analítica”. (1996, 70 y 75).*

De manera similar Bourdieu afirma que *“es necesario cuidarse de todos los rechazos sectarios que se ocultan detrás de las profesiones de fe demasiado exclusivas, e intentar, en cada caso, movilizar todas las técnicas que, dada la definición del objeto, puedan parecer pertinentes y que, dadas las condiciones prácticas de acopio de datos, sean utilizables en la práctica”* (1995, 169, el resaltado es nuestro).

Nuestro problema de investigación plantea una serie de interrogantes que difícilmente pueden ser respondidas mediante las técnicas clásicas de *campo*: la observación participante, las entrevistas en profundidad o la mediación privilegiada del informante clave. Y no lo es tanto por la insuficiencia de dichas técnicas como por determinada elección técnico-metodológica en función del problema y de las condiciones prácticas de acopio de datos<sup>24</sup>.

Así pues, al abordar la red de discursos sociales que dan sentido a las TR, seleccionamos aquellos discursos médicos y jurídicos que en su materialidad particular (documentos, artículos, etc.) nos permiten observar ciertas construcciones de sentido. En particular, el soporte material que nos interesa para analizar los discursos o conjunto de discursos son:

*Para el campo médico-reproductivo:*

1. Literatura especializada (nacional e internacional),
2. Protocolos (de procedimientos con FIV /ICSI, y técnicas complementarias),
3. Registros estadísticos sobre procedimientos con TR (Registro Latinoamericano, National Report de Estados Unidos, el European IVF-monitoring Programme de la Sociedad Europea de Reproducción y Embriología (ESRHE), entre otros.
4. Documentos/ estudios demográficos y epidemiológicos (tasa de fertilidad, tasas de mortalidad materno-infantil, crecimiento poblacional),

---

<sup>24</sup> Al comenzar esta investigación habíamos planteado un problema mas “acorde” al trabajo “típico” de campo. No obstante, dos razones nos empujaron a reelaborar todo el problema de investigación: la primera razón fue la imposibilidad de acceder a los centros de reproducción. La segunda, y la que consideramos luego como la más importante, fue el desconocimiento casi total de este particular mercado en el contexto local. Ambas razones nos llevaron entonces a replantear todo el problema de investigación en los términos defendidos en este capítulo.

5. Medios gráficos (periódicos, revistas médicas, medios de comunicación virtuales.).

*Para el campo jurídico:*

1. Documentos y proyectos de ley sobre reproducción médicamente asistida realizados por diputados y senadores de la República Argentina.
2. Leyes internacionales sobre reproducción asistida.
3. Fallos judiciales.
4. Comunicados.
5. Medios gráficos de comunicación.

Sin embargo, el soporte material del conjunto de discursos expertos que constituyen nuestro campo tiene ciertas limitaciones. En primer lugar, no para la Argentina ningún tipo de registro oficial desde el cual analizar exhaustivamente las prácticas reproductivas, sus éxitos y sus fracasos, el número de procedimientos realizados, etc. Por lo tanto, y dado que dichas prácticas se realizan en el sector privado, se ha tomado con cautela los “datos” informados por médicos u otros expertos en sus declaraciones públicas (medios de comunicación, revistas de vulgarización científica, etc.).

Cautela no significa aquí afirmar la existencia de un dato que reflejase “objetivamente” cierta práctica médica porque, *“la medicina no está constituida por el total de cuanto puede decirse de cierto sobre la enfermedad (...) como cualquier disciplina, están construidas tanto sobre errores como sobre verdades, errores que no son residuos o cuerpos extraños, sino que ejercen funciones positivas y tienen una eficacia histórica y un papel inseparable del de las verdades”* (Foucault, 1993,34). De ahí que lo expresado por los reproductólogos sobre sus propias prácticas con sus “errores o verdades” actúan para construir un sentido de las mismas. Esta ausencia de “datos locales” resultó paradójicamente útil para el análisis comparativo entre lo *“qué dicen hacer los médicos”* y aquello que efectivamente hacen, según los registros oficiales disponibles para otros países. Esto nos permitió dar cuenta de los límites en la construcción del sentido. Profundizar en el discurso médico-reproductivo, ese saber hermético y monopolizado, permitió contrastarlo con su parte accesible para los legos.

Otro problema presentado es la escasa literatura social (antropológica o sociológica) disponible en Argentina referida a las TR. La mayoría de dicha literatura es principalmente de origen extranjera y de difícil acceso, sobre todo el acceso a las últimas producciones.

Lo mismo ocurre con la literatura médica especializada en TR, debido al acceso restringido (suscripción) a las revistas especializadas. No obstante, pudimos recopilar un conjunto de artículos científicos y análisis de casos que permitieron observar que al interior de la corporación médica, sobre todo entre reproductólogos y médicos no reproductólogos, las discusiones y los consensos sobre las TR distan de ser unánimes.

En consecuencia, somos conscientes de los límites del análisis propuesto dado el carácter fragmentario del material empírico. Sin embargo, fue posible dar cuenta de algunas condiciones de producción de sentido, de las condiciones sociales e históricas que permiten construir en Argentina un campo de intervención médico y jurídico en torno a la denominada “reproducción asistida”.

Por último, si bien hemos definido lo que entendemos por discurso social y recortamos dos ámbitos diferentes de producción de discursos sociales: el campo médico y el jurídico, cada uno presentan condiciones de producción discursiva diferentes o, mejor dicho, modalidades discursivas que hacen a la especificidad de cada ámbito<sup>25</sup>. Por este motivo, con anterioridad al análisis de cada uno de estos ámbitos se profundizó en las perspectivas que guiaron el análisis de estos discursos.

## **7. La tecnologías reproductivas desde la perspectiva socioantropológica.**

La ausencia casi total de investigaciones antropológicas sobre las implicaciones sociales de las tecnologías reproductivas es un motivo importante para un abordaje relacional de dichas tecnologías<sup>26</sup>. Una visión del mundo social como construcción

---

<sup>25</sup> Por cierto, lo dicho no supone que los discursos que circulan entre estos ámbitos sean incommensurables. En efecto, existen entrecruzamiento de discursos entre los cuales, sin duda, el discurso médico impone la “materia prima” para la producción de discursos legales. De hecho, el análisis debe dar cuenta a cierto nivel de cómo el discurso médico es “procesado” en el caso de los legisladores para adaptarlos, en la medida de lo posible, a las normas jurídicas vigentes o en cierta forma son reformulados para adaptarse a la doctrina vigente.

<sup>26</sup> Sólo tenemos conocimiento de una investigación en curso para doctorado de la antropóloga Alejandra Roca con el título, “SALUD, GÉNERO Y TECNOLOGÍA: un estudio antropológico de las representaciones y prácticas sociales vinculadas a la implementación de la biotecnología en la reproducción humana”. Comunicación personal.

relacional nos lleva abordar a las TR como socialmente construidas entre el campo médico y diferentes fuerzas sociales que, en su participación activa, favorecen a la producción y reproducción de las mismas. Poca importancia tendría analizar a las TR en sí mismas- sus técnicas y procedimientos- si no es en relación a otros ámbitos no médicos, puesto que ciertos efectos pueden provenir de su relación con esos otros ámbitos.

Nuevos problemas plantean a la antropológica el desarrollo de las TR que nos obligan a repensar nuestras categorías de pensamiento e instrumentos de análisis. No obstante, debemos poder reconocer las limitaciones de la teoría antropológica para abordar dichos problemas cuando son abordados desde los “tradicionales” marcos categoriales. En este sentido, es necesario evitar cierto *relativismo extremo* que no tome en consideración el contexto estructural en que surgen y operan las TR, y los efectos materiales-simbólicos sobre las relaciones sociales<sup>27</sup>. De igual modo, es necesario evitar el *reduccionismo cultural* cuando se intenta dar cuenta de la naturaleza y las características de las ciencias biológicas y médicas (genética, embriología, ginecología) relacionadas a las prácticas reproductivas<sup>28</sup>. Por el contrario, desde nuestra perspectiva, las teorías biológicas y hasta la propia naturaleza son conceptualizaciones socio-políticas dependientes de las condiciones sociohistórica en que se desarrollan y aplican.

En síntesis, es posible participar en la discusión crítica desde la antropología sobre los desarrollos biotecnológicos en un dialogo fluido con otras disciplinas sociales para ampliar el marco conceptual y/o analítico para una mayor comprensión de la implicaciones sociales de las TR. Nuestro análisis, entonces, estará socialmente situado, entendiendo por ello, la situación actual de dichas prácticas en Argentina. No obstante, se pretende relacionar estos problemas con cuestiones más generales, que nos permitan comprender por

---

<sup>27</sup> Por ejemplo, la antropóloga Françoise Héritier considera que no hay nada nuevo en las TR puesto que dichas soluciones podemos encontrarlas en diversas sociedades que, mediante una especulación social acerca de los hechos del parentesco- y no mediante una intervención tecnológica-, resuelven sus particulares casos de ausencia de descendencia. Véase Héritier, 1985,1996).

<sup>28</sup> Éste parece ser el enfoque de la antropóloga inglesa Sara Franklin que analiza a las ciencias biológicas y las biotecnologías como un sistema cultural. Véase (Franklin, 2001).

qué las TR se han convertido en fuente de tensión y de debate intelectual, de intereses múltiples y preocupaciones (bio)políticas.

**SEGUNDA PARTE**

**LA MEDICALIZACIÓN DE LA  
REPRODUCCIÓN**

## CAPITULO TERCERO

### Medicalización de la reproducción y estrategias biopolíticas

Hemos afirmado en el primer capítulo que era necesario repensar las TR desde el ejercicio del biopoder que es característico de las sociedades capitalistas. Es decir, abordar a las TR en tanto prácticas disciplinarias y biopolíticas. Argumentaremos que existe una continuidad histórica en el proceso de medicalización de la reproducción, que data ya de dos siglos y, que alcanza su punto más alto con las TR. No obstante, es posible observar algunas mutaciones en el proceso de medicalización apreciable en el estatus de los/las sujetos bajo intervención médica.

En este sentido, la práctica social de la medicina engendra dominios de poder, formas nuevas de sujetos y sujetos de conocimientos; produce regulación y control, y con las nuevas prácticas biomédicas reproductivas, instituye una maternidad disciplinada y medicalizada que condiciona la experiencia de quien la vive. De este modo, en el primer apartado, haremos énfasis solamente en la naturaleza disciplinaria del proceso de medicalización de la reproducción –embarazo, parto y postparto- dejando para el siguiente capítulo las especificidades de las técnicas reproductivas y sus implicaciones físicas y sociales.

Seguiremos además algunos planteos de la antropóloga Verena Stolcke y la investigadora feminista Gena Corea que nos permitirán pensar las TR como nuevas estrategias biopolíticas o, en otras palabras, pensar a las TR como dispositivo de poder. Es decir, la creciente importancia que van adquiriendo las TR en la problemática del descenso de la población y la preocupación por la calidad de la misma.

A su vez, argumentar que el control de la reproducción tiene hoy intereses, diríamos bioeconómicos, más amplios que los manifestados por médicos y legisladores. Como parte del desarrollo de las nuevas biotecnologías las TR poseen intereses económicos corporativos relacionados al afán por conocer y manejar los procesos vitales de los organismos biológicos.

Así los objetivos concretos de este capítulo son:

- 1- Realizar una relectura de la historia de la medicalización de la reproducción, la situación actual del control del proceso reproductivo por el saber médico y los inicios de las TR (fecundación in vitro) en el ámbito humano. Mostrar continuidades y mutaciones en el estatus de los/as sujetos en este proceso.
- 2- Relacionar las TR, tanto conceptivas como anticonceptivas, con las políticas natalistas y controlistas en los países centrales y periféricos.
- 3- Relacionar los intereses económicos de la biotecnología (genoma humano, células madres, etc.) a la capacidad de las TR para fabricar nuevas realidades “biopolíticas” (embrión, óvulos y espermatozoos) como materia prima del quehacer científico-empresarial.

## **1. Historia de la medicalización de la reproducción**

El proceso de medicalización (Illich, 1978; Foucault, 1996) también transformó el acontecimiento bio-psico-social de la reproducción humana en un acontecimiento patológico bajo control médico. Si bien todas las sociedades sean éstas antiguas o “primitivas” tuvieron algún mecanismo de control social de la reproducción, lo significativo de la sociedad occidental moderna es que ese control ha quedado en manos exclusivas del poder médico. La constitución de una subdisciplina médica como la gineco-obstetricia no se extiende más allá de la aparición del capitalismo.

Hasta bien entrado el siglo XIX, los embarazos y partos eran un territorio poco explorado por la medicina oficial. Prueba de ello es que la anatomía como la fisiología de los genitales femeninos comienza a establecerse, según el moderno modelo biomédico, recién en el período que va desde 1851-1908 (Cecchitto, 1995:89; Laquer, 1994). Promediando el siglo, el mecanismo de la reproducción continuaba siendo motivo de controversia<sup>29</sup>. Hasta finales del siglo XIX (1870) no se establece definitivamente la función de espermatozoide. J. J Bischoff, será quien aplique a la obstetricia los progresos

---

<sup>29</sup> A fines del siglo XVII y sobre todo durante todo el XVIII y parte de XIX, existen dos teorías con énfasis partenogenético: los ovistas y animacultistas. Los primeros creen que el óvulo de la mujer contiene un embrión formado pero inerte y que el espermatozoide le insufla la fuerza vital. Los segundos, originados en el descubrimiento de los espermatozoides en el semen en 1677, piensan que el embrión está formado en la cabeza del mismo. Ambas teorías, entonces, suponen la formación del embrión ya sea en el huevo o en el semen.



técnicos alcanzados por la cirugía: desinfección del material, las manos y también de la parturienta (1875).

Sin embargo, el acontecimiento que permitió la emergencia de la disciplina obstétrica dominada por médicos fue la lucha encarnizada contra las parteras. La atención del trabajo de parto y la asistencia durante el alumbramiento era por tradición una tarea exclusivamente realizada por mujeres. Terminando el siglo XVIII la medicina alcanza estatuto científico conforme el modelo fisicalista de la ciencia moderna, entendida como ciencia natural aplicada, y se opuso a los saberes populares y tradicionales.

En Europa y Estados Unidos, la creciente medicalización del parto empieza por el control técnico de los instrumentos necesarios para intervenir en partos normales. Los cirujanos (exclusiva profesión masculina y de menor jerarquía que la del médico) eran los únicos que podían utilizar instrumentos y sus servicios sólo eran aceptados excepcionalmente en los partos. Pero la introducción del fórceps en 1730 hizo posible el alumbramiento en casos donde la muerte de madre e hijos eran seguras. De acuerdo a la costumbre, las parteras no podían manejar ningún tipo de instrumentos en sus prácticas obstétricas. El uso del fórceps devino entonces en un dominio exclusivo de médicos y cirujanos y la lucha contra la “superchería” de las parteras continuó hasta que el control e intervención en el parto se constituyó en monopolio exclusivo de la profesión médica. Este dominio sobre el parto ayudó a constituir un nuevo espacio de control: el hospital y, posteriormente, las maternidades. El desplazamiento de los partos desde los hogares a estas instituciones fue justificado en nombre de la asepsia.

Las parteras quedaron así relegadas al papel de “auxiliares”, bajo las órdenes de los médicos en jefe; se extendió la exigencia de la formación de parteras y el diploma para el ejercicio profesional. Esta normalización profesional de las actividades de las parteras se produjo en todos los países, aunque algunas investigadoras creen que no se trató de un proceso tan lineal<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> Así lo cree por ejemplo Scarlet Beauvalet-Boutouyrie (2002: 403-413), al analizar el papel central que aún mantenían las parteras en jefe de la Maternidad Port-Royal fundada en París en 1795. Las parteras seguían teniendo el control de parto, podían practicar cirugías y enseñar sus conocimientos a otras mujeres. Pero en 1895 esta situación cambió, marcando un verdadero fin a una época: sus poderes fueron restringidos y fueron colocadas bajo las órdenes del partero en jefe. Sin embargo, la autora deja abierta la inquietud si esta situación de privilegio de las parteras Del Port-Royal fue un caso aislado o representó un modelo para la época.

La batalla por la profesionalización de la obstetricia durante todo el siglo XVIII y XIX y la invasión de un campo hasta ahora controlado por las comadronas supone, entonces, la presunción de “anormalidad” del parto y la penetración de los hombres en el control de esta secuencia de la procreación (Narotsky: 1995: 60). Control que se extenderá progresivamente durante todo el siglo XX.

Por supuesto, la constitución del embarazo en estado patológico no puede ser entendida sin hacer referencia al saber del cuerpo de la mujer. Desde la antigüedad clásica fueron los hombres quienes caracterizaron a la mujer, estableciendo qué es y cómo hay que tratarla. Es decir, la creencia indiscutible del papel pasivo de la mujer en la concepción, la de hembra que no alcanza su pleno desarrollo, y cuyo sexo es el reflejo invertido del sexo masculino -la vagina como un pene dado vuelta. (Laquer 1994).

Desde el siglo XVII, la anatomía y la fisiología se esfuerzan por demostrar las diferencias entre los sexos, que se traducen generalmente en términos jerárquicos. Jean Liébault considera que la matriz no es más que un órgano, propio del ser femenino, y es la función generadora lo que justifica la anatomía femenina. A través del redescubrimiento de una especificidad que valoriza al ser femenino contribuye a su vez a reforzar el mito de la mujer-útero (Tubert; 1991:35). La matriz sigue siendo, entonces como antaño, el órgano femenino por excelencia el cual controla toda la personalidad de la mujer. El funcionamiento femenino se considera patológico en tanto se toma al hombre como norma *“con sus menstruaciones, sus embarazos y su menopausia la mujer es una eterna enferma, Su debilidad constitucional la predispone constantemente a la enfermedad”* (Idem; 1994 37).

El siglo XVIII convertirá a la mujer en el modelo de las patologías, insiste en la fragilidad del organismo femenino y en su predisposición a las enfermedades y sufrimientos alimentado la idea de pasividad y fatalismo. Pero en el siglo XIX, el vientre de la mujer dejó de tener el carácter sagrado o temible de antaño y los médicos lo toman en su poder. Los instrumentos técnicos -fórceps- se convirtieron en el símbolo del nuevo dominio médico.

Así pues, en los orígenes de la obstetricia se afianzó, combinado con el uso del fórceps, la metáfora del útero como máquina fomentada por el modelo cartesiano. El cuerpo de la mujer será la máquina y los doctores los mecánicos o técnicos que pretenderán

“arreglarlo”. Sin embargo, durante el siglo XX la metáfora incluye por entero al proceso de trabajo (re)productivo en el cual el doctor está envuelto. (Martin; 1996: 54-66). Es posible hacer una analogía entre la intervención médica en el cuerpo y el proceso reproductivo con el dominio de la producción en las fábricas. El médico es más que un mecánico, es un supervisor de “fábrica” y la mujer la “trabajadora” y el útero la “máquina” que produce determinado “producto”, el bebé. Mediante esta analogía es posible entonces considerar las relaciones de poder y control que operan en el dominio de la (re)producción. (Idem.57)

Aparece entonces desde principios del siglo XX una creciente fragmentación de la secuencia del parto en distintos actos técnicos y una creciente preocupación por la medición de los tiempos de duración de cada uno de estos actos (etapa de dilatación, de expulsión, etc.). Se establecen pautas estadísticas de tiempos “normales”, y toda desviación de los límites científicamente establecidos es considerada “anormal”. Los libros de obstetricia (años 50-80) describen cómo manejar éstos desordenes: administración de medicación (sedantes o estimulantes), rayos x, o sonografía, fórceps o cesáreas. El lenguaje usado en los manuales apunta directamente a la productividad. La amniotomía (ruptura del saco amniótico) resulta así en un “incremento” del trabajo realizado por el útero y la oxitocina es usada para un completo y exitoso trabajo cuando el útero está “exhausto”. (Idem, 61)

En esta ideología –y práctica- médico-tecnócrata las emociones y el medio ambiente de la mujer han sido omitidas. La taylorización del parto es entonces complementaria a una sociedad obsesionada por la organización científica del trabajo, la gestión de los procesos del trabajo por partes de expertos, la eficiencia de los actos técnicos y la productividad. Esto se reflejará en la reducción de las dos fases del parto y en la aceleración del parto hospitalario<sup>31</sup>. El contexto hospitalario, a igual que la fábrica, “*sitúa a la parturienta en una situación de delegación forzada del control y de las decisiones sobre el proceso de trabajo donde la gestión del parto está en manos del médico y tan solo la ejecución recae en la parturienta*”. (Narotsky: 1995:61).

En esta taylorización, el cuerpo de la mujer ha quedado a merced del médico que interviene con prácticas convertidas en rutinarias: posición acostada con las piernas

---

<sup>31</sup> La reducción de la autonomía se ve además acompañada por la gestión simultánea de varios partos que afectan la movilidad de la parturienta, su privacidad y la posibilidad de elegir con quien estar acompañada. La (re)producción en cadena y el uso de estimulantes para acelerar el parto es también un recurso hospitalario para disponer rápidamente de la sala de parto.

levantadas (litotomía), rasurado de pubis, lavativas (enemas), separación de las membranas, episiotomías, tactos vaginales, suero con oxitocina, anestesia peridural, monitoreo electrónico, fórceps, extracción manual de la placenta, cesárea, y por último separación de la madre y el bebé. Todas estas intervenciones son formas de violencia que sufren las mujeres a la hora de parir en el contexto médico, muchas de las cuales son innecesarias y deberían ser relegadas a casos excepcionales. Pero, convertidas en rutinarias e indiscriminadas, pueden llegar a ser peligrosas, traumáticas y en algunos casos mortales para la madre o el bebé.

La imposición de litotomía (posición de cúbito dorsal) no tiene ninguna ventaja para la mujer y es la peor posición que pueda concebirse para el trabajo de parto y el parto ya que la biología no ha previsto que la mujer durante su trabajo de parto permanezca acostada<sup>32</sup> (Burgo; 2000). El médico al imponer la posición acostada diseña la mejor gestión de su tarea y la del equipo hospitalario. Remarca el papel “activo del médico” en el trabajo de parto y el parto mismo. Como supervisor de fábrica, el médico y sus auxiliares pueden dar órdenes que serán obedecidas por la mujer. Acostada, expuesta y vulnerable la mujer ya no controla su propio cuerpo. En esta experiencia la parturienta es un objeto de trabajo, rendida a su nueva condición de “paciente”.

Pero el control abusivo de la corporación médica es más extenso. Una revisión de la literatura acerca del uso de la tecnología en la atención de la salud de la Mujer (Coe y Hanft 1993:213-225) muestra que el abuso de las tecnologías relacionadas con la reproducción es preocupante. Con excepción de Cuba, la prevalencia de cesáreas en el mundo ha tenido un aumento alarmante. Esta situación se debe en parte a que el costo de la intervención es sufragado por el sistema de previsión social o por el pago diferencial al médico y al hospital, siendo el doble con respecto a los nacimientos normales<sup>33</sup>

Otro motivo, ya nombrado, es que se privilegia la celeridad con que debe producirse el parto sobre la naturalidad de los tiempos (Petroni, 1992: 79), una necesidad intrínseca a la taylorización del proceso reproductivo. El motivo médico más invocado para justificar

---

<sup>32</sup> Entre los problemas enumerados desde el punto de vista fisiológico se destaca: la compresión de los vasos sanguíneos dorsales que interfiere en la circulación y disminuye la presión sanguínea. La actividad contráctil uterina se hace más débil y menos frecuente y el pujar se torna más difícil y dolorosa. El descenso más lento del niño hace necesario el uso del fórceps. El coxis es comprimido contra la cama de parto dificultando la expulsión. Compresión nerviosa por la presión ejercida sobre las piernas colgadas en los estribos.

las operaciones cesáreas ha sido el antecedente de una cesárea anterior, así el 90% del segundo parto termina en cesárea (Bianco, 1991). Esta conducta se impuso como procedimiento estándar por la corporación y no tiene justificación médica alguna. El riesgo de rotura de útero y la aparición de otras complicaciones durante las pruebas de trabajo de parto no son suficientes para negar los beneficios del parto vaginal en un alto porcentaje de las pacientes que tuvieron una cesárea anterior<sup>34</sup> (Petroni, 1992: 84).

Pero de hecho, la invasión médico-tecnológica se presenta desde el momento en que se confirma un embarazo: en mujeres de clase media y alta, y con el objeto de detectar anomalías en el feto, se ponen en marcha múltiples intervenciones amniocentesis, estudios de las vellosidades coriónicas, ecografías y más tarde monitoreos constantes. Actualmente todo embarazo es considerado, en principio, un embarazo de riesgo que da pie para una intervención constante sobre la base de una moral y una norma que son ajenas a la embarazada pero que la modela y la prepara para el futuro parto.

El “riesgo materno” se define “*como la probabilidad de morir o sufrir una complicación grave como resultado del embarazo o parto*” (OMS)<sup>35</sup>. Pero cada vez más se entiende por riesgos el uso de tabaco, el consumo de grasas, la vida sedentaria, el sobrepeso, y la lista se extiende cada día. En general toda conducta y el comportamiento de la madre es visto como potencialmente peligroso para el futuro niño; las prescripciones medicas culpabilizan a la mujer ante cualquier contrariedad en el embarazo.

En efecto, en todos los casos donde vemos la intervención médica-tecnológica se evidencia una novedad: el embarazo de riesgo supone que la futura madre y su feto ya no constituyen una unidad indisoluble tal como era concebible en el imaginario social. Una

---

<sup>33</sup> Se estima que la mitad de las cesáreas en los Estados Unidos en 1988 fueron innecesarias (Coe y Hanft 1993:)

<sup>34</sup> Los efectos iatrogénicos de las cirugías cesáreas puede ser evaluadas a nivel de la salud de la mujer: mortalidad materna por cesárea ha descendido en forma vertical en los últimos años, a pesar del mayor número de cesáreas practicas. Pero todavía es 10 o 15 veces mayor que la mortalidad de los partos naturales; las complicaciones intra y post-operatorias son hemorragia, accidentes anestésicos, lesiones de órganos vecinos, infecciones, etc. Como secuela tardía trae aparejada una reducción en el número de embarazos posteriores. Los efectos económicos, por ejemplo para Argentina, una cesárea significa entre un 70 y 100% más costoso que el parto normal (Idem: 87).

<sup>35</sup> La evaluación del riesgo es además una herramienta utilizada por lo sistemas de salud (servicios de atención prenatal) con el propósito de clasifica a las mujeres gestantes en categorías de “alto riesgos” y “bajos riesgos” de acuerdo a ciertas características sociales y físicas como su nivel de escolaridad, edad, estatura, número de embarazos. Esta clasificación basada en algunos indicadores –arbitrarios- fue considerada un fracaso como estrategia para evitar la mortalidad materna (WHO/MSM/92.4). Pero como vimos es una instrumento para disciplinar a la mujeres en tanto futuras madres en el modelo medicalizado de maternidad.

diada conflictiva cuyos intereses se contraponen ha ocupado plenamente su lugar. Los derechos del feto legitiman desde ahora la intervención médica y el cuerpo femenino siempre potencialmente peligroso (no sólo enfermo) debe ser tutelado médicamente no tanto por el bien de ella como para bien del futuro niño, incluso se recurre al sistema de justicia para penalizar a la madre (Hubbard; 1994:311-324). Las ecografías constantes e innecesarias permiten crear la ilusión que el feto es un ser independiente flotando en un espacio neutro con poca conexión con la madre (Petchesky:1986). La representación del feto en la pantalla del ecógrafo simboliza a un pequeño ser humano completo con derechos propios. La tecnología médica favorece a la personalización del feto y lo transforma en el más “pequeño de los pacientes”.

Pero el control médico no se detiene sólo en estas fases del proceso de gestar una nueva vida. El control sobre el recién nacido en el medio hospitalario corresponde a la institución y a los médicos, no a los padres y desde luego no a la madre de quien en muchos casos se lo *protege* (al bebé) de una realidad problemática (la madre). Son los médicos los que deciden y actúan en sus unidades de cuidados neonatales en casos difíciles, pero sin llegar a estos casos, también disponen de lo que se debe hacer con el bebé durante sus primeras horas de vida: si se lo separa o no de la madre, cuándo y cómo hay que darle de comer. Y este control se va extender a los primeros meses y años del niño. Indicaciones pediátricas de cuándo y cuánto tiene que mamar, de cuál es el ritmo normal de aumento de peso, en qué momento se debe introducir alimentación mixta, de cuándo debe dejar de amamantar al bebé.

En síntesis, el avance médico-tecnológico trajo consigo ciertas problemáticas cada vez más evidentes. La diversidad de expertos (obstetras, ginecólogos, pediatras, etc.) se apropiaron de la capacidad reproductiva femenina para llevarse el papel protagónico en el momento del parto, parto y postparto mientras la mujer sólo colabora hasta que nace el niño y luego cumple con los mandatos médicos. El interés por la salud de la parturienta y el niño trajo sin dudas algunas mejoras con relación a épocas anteriores, pero también modeló disciplinariamente la experiencia de la maternidad, deshumanizando el proceso (re)productivo y despersonalizando a la mujer en tanto madre.

La voluntad de saber-poder para controlar los mecanismos de la reproducción, el embarazo y el parto convirtió prácticas específicas y de validez limitadas en procedimientos

rutinarios e indiscriminados aplicables a toda “paciente” y en cualquier circunstancia. La proliferación de estudios diagnósticos y preventivos aplicados en forma rutinaria y mecánica a poblaciones de mujeres sanas se va extendiendo cada vez más entre ciertos sectores sociales, sobre todo cuando tienen acceso a la medicina privada. Además no son pocos los iatrogénicos derivados de la medicalización del parto y embarazo y es conocido que no todo embarazo tiene riesgos ni todo parto resulta difícil, ya que el índice de patologías no supera el 15% del total de los nacimientos.

Este histórico control del cuerpo-máquina por la “medicina de la mujer” encontrará nuevos campos de acción cuando una nueva tecnología permita no sólo controlar las etapas del embarazo y parto sino la misma génesis del proceso (re)productivo: la fecundación. Con ello también se reconfigurará el estatus de la mujer en tanto “paciente”.

## **2. Los descubrimientos científicos**

En el siglo XVI se descubrieron las trompas de Falopio por Gabriele Fallopio, al que siguió en el siglo XVII el descubrimiento de los espermatozoides por parte de Von Leeuwenhoek. Es también en este período cuando surge el debate acerca de la formación del embrión. Aristóteles sostenía la hipótesis de la epigénesis, es decir, el desarrollo gradual del embrión. Pero estos nuevos descubrimientos favorecerían a la ideología de la preformación.

Fue finalmente la descripción por parte de Friedrich Wolff de las fases iniciales de formación del embrión del pollo la que aportó en el siglo XVII la prueba de la epigenésis, confirmada poco después por Karl von Baer, fundador de la embriología moderna.

Hasta sólo un siglo, la fecundación quedó demostrada con el descubrimiento de dos núcleos en el citoplasma del huevo y los cromosomas fueron detectados en los blastómeros. Los médicos comenzaron a interrogarse sobre las causas orgánicas de la infertilidad y los medios para remediarlas. A finales del siglo XVIII, el inglés John Hunter realizó las primeras inseminaciones artificiales en la especie humana, imitando las experiencias

recientes del abad Spallanzani con el perro. Con el descubrimiento por Ogino y Knaus, en 1932, del periodo fértil en el ciclo femenino la inseminación artificial se hizo más eficaz<sup>36</sup>.

En 1849, se da a conocer las primeras intervenciones quirúrgicas para restaurar la fertilidad en ambos sexos: el alemán Berthold observa los efectos benéficos del injerto de testículo en el capón (gallo castrado) mientras el inglés Tyler Smith propone reparar las trompas de Falopio en la mujer cuando están obstruidas. En 1895, el norteamericano Morris transplanta un ovario en un útero de mujer para intentar subsanar la oclusión de las trompas. Ya desde 1901, la observación de la cavidad abdominal femenina se hace posible gracias a los primeros dispositivos ópticos (endoscopio), que mejorará el francés Raoul Palmer después de la segunda guerra mundial. Pero fue sobre todo la experimentación con animales la que permitió entender la fisiología de la reproducción: descubrimiento del ciclo en la hembra de roedores (1912), efectos de la ablación de la hipófisis (rata, 1920), papel del cuerpo amarillo ovárico en la gestación (coneja, 1929). Entre 1920 y 1950, las hormonas segregadas por las gónadas y las segregadas por la hipófisis pueden ser aisladas y su acción se evalúa experimental y clínicamente. Estos trabajos permiten demostrar los efectos de los estrógenos y de la progesterona en la ovulación de la que se sabe, gracias a Ogino, que tiene lugar a mitad del ciclo menstrual.

Desde finales del siglo XIX, los trabajos de Walter Heape en Gran Bretaña habían demostrado en la coneja, la posibilidad de recoger embriones en el cuerpo de una hembra y hacerlos desarrollar en otros, método usado hoy en la industria ganadera. Estas primeras experiencias, 1890-1898, permitirán la novedad un siglo después: la práctica de las madres subrogantes o de alquiler.

En cambio la fecundación in vitro (FIV) solo se ha logrado recientemente. Fue con el conejo con el que se obtuvo por primera vez la fecundación in vitro (1954-1959), simultáneamente en los Estados Unidos por M. C. Chang y en Francia por C. Thibault. Luego la FIV obtuvo éxito con el hámster (1963), el ratón (1969) y *el ser humano, gracias a R. G Edwards (1969), mucho antes de lograrse en los bovinos (1980)*. Asimismo pasaron

---

<sup>36</sup> La inseminación artificial, técnica creada para resolver casos de infertilidad masculina y satisfacer el deseo del marido o de la pareja por tener el hijo propio de la "sangre", tuvo serios cuestionamientos. La primera condena oficial sobre esta práctica la hizo un tribunal de Burdeos en 1880, alegando que la misma atentaba contra la "ley natural" y la dignidad del matrimonio. Del igual modo, el Santo Oficio prohibió la técnica por implicar la procreación sin relación sexual y la masturbación violando así la ley natural. Esta condena freno



*cuatro años* entre el nacimiento del primer bebé por FIV (Louise Brown, en 1978) y el del primer ternero por FIV (1982), mientras que el primer potro por FIV no nació sino en 1990<sup>37</sup>. Fue en 1972 cuando el británico Whittingham demostró que se podía conseguir el desarrollo de embriones de ratón después de haber sido congelados y descongelados. Utilizado luego en la industria ganadera, y convertida en industria multimillonaria, será adaptada al huevo humano obtenido por FIV, que le permitió a Alan Trounson conseguir de ese modo el nacimiento del primer bebé en 1984 (Australia).

Este sintético recorrido por los descubrimientos médicos en cuestiones relativas a la reproducción nos muestra que si bien la infertilidad desde siempre fue una preocupación, los medios para “remediarla”, controlarla y por ende manipularla se han desarrollado en los últimos decenios. También demuestra que la transición de las técnicas experimentadas en el animal a la aplicación en el ser humano es un proceso rápido.

### **3. La voluntad de saber-poder: la historia efectiva de la FIV en seres humanos.**

Aquí vamos a desarrollar no ya la cronología de los descubrimientos científicos relacionados con la reproducción y la fecundación, sino la historia efectiva de la FIV por sus creadores Robert Edwards y Patrick Steptoe. Recurrimos, pues, a la investigación que hiciera en los 80 Gena Corea en su libro *The Mother Machine*. Este recorrido debería actuar como una “bisagra” entre los apartados anteriores y las cuestiones que discutiremos en los siguientes.

Según información recopilada por Corea, desde 1940 a 1970 los óvulos necesarios para experimentar la fertilización extracorpórea fueron, en su mayoría, extraídos de mujeres que habían pasado por cirugía ginecológica o de sujetos experimentales. Destaca que en

---

su aplicación en Francia, pero continuo en los Estados Unidos. EL Dr. Pancoast realizo la primera inseminación en ese país en 1884. (Stolcke; 1987: 94))

<sup>37</sup> La sobreestimulación de la ovulación mediante hormonas comenzó en 1940 en vacas, 1943 en cabras, 1949 en cerdos, 1954 en ratas, 1957 en monos. Para 1950 los médicos estuvieron superovulando a las mujeres. Pero dicha procedimiento era aún experimental como medio para remediar la infertilidad. Los efectos de este bombardeo hormonal sobre el útero, el desarrollo de los embriones, eran desconocidos. Con el tiempo el porcentaje de embriones anormales rescatados había crecido. (Corea, 1986).

esas publicaciones nunca se hizo mención si existió el consentimiento por parte de las mujeres. Esto era habitual en los hospitales para mujeres de sectores populares.

En 1950, el Dr. Landrum Shettles es quien intentó fertilizar óvulos fuera del cuerpo de las mujeres, pero el problema era el medio de cultivo artificial donde pudieran madurar y el modo de obtener óvulos en gran cantidad. No fue hasta que Robert Edwards lo lograra, en 1965, testeando varios métodos de cultivo. El problema continuaba siendo la obtención de óvulos, que intentó conseguir a través de amigos ginecólogos, mientras trabajaba con óvulos de vacas, cabras y monos. En 1966, Edwards colocó 20 óvulos de mujeres en el útero de conejas, en el de 17 monas y trató de fertilizarlos luego, pero ninguno de ellos fertilizó en dichos huéspedes. En 1967, el Dr. Edwards leyó un artículo de Steptoe en el cual explicaba el uso de la laparoscopia en sus operaciones ginecológicas. Pensó que ese instrumento podría ser usado para recolectar los óvulos del cuerpo y para 1968 se selló la cooperación entre ambos: Steptoe enviaba óvulos extraídos en operaciones ginecológicas al Dr. Edwards.

Este doctor, comenzó tratando de fertilizar óvulos que habían madurado en el ovario por sí mismo, dentro del cuerpo, pero esto significaba inducir la maduración, o sea, controlar el ciclo menstrual aplicando hormonas a las mujeres. El problema ahora era controlar el momento justo de la ovulación. Comenzó así el uso de las hormonas de la fertilidad: el Pergonal (gonadotropina posmenopáusicas o HMG que contiene hormona foliculoestimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH)). En palabras de Edwards *“asumimos el rol del hipotálamo”* (Edwards citado en Corea; 1986:110). Ambos médicos tomaron posesión de la función del cerebro de la mujer, y la ovulación devino más eficiente, es decir, más controlada. Una vez maduros los óvulos, mediante el control de la cantidad de LH en la orina, Steptoe realizaba la laparoscopia aspirando los óvulos directamente de los ovarios, pero ¿podrían dañarse los óvulos?, nadie había realizado aún esta intervención. Edwards describió la intervención relativizándola como una “operación menor”, pero la British Medical Council cuestionó el uso de la laparoscopia por puros propósitos experimentales, tenía serias dudas acerca de sus aspectos éticos y de los propósitos de la investigación en humano. Sin embargo, Edwards y Steptoe siguieron trabajando con mujeres sin prestar atención a los cuestionamientos.

Los sujetos experimentales fueron mujeres sin niños a los cuales llamaron “pacientes” y en estos casos tampoco hubo datos de cómo se obtuvo el consentimiento de los sujetos. Ellos ni sus seguidores verificaron la seguridad de la FIV antes de intentarlo con mujeres. Con anterioridad al nacimiento de Louis Brown, en 1978, el número de especies animales y el total de animales nacidos por FIVTE fueron extremadamente bajos (200 conejos, 200 roedores, 50 ratas). La mayoría de estos logros con FIV fueron anunciados en no más de 22 publicaciones científicas. El Dr. Edwards negó la necesidad de estudios previos en animales argumentado que ellos serían demasiados costosos y una pérdida de tiempo para las mujeres infértiles.

Así, en diciembre de 1971 implantaron el primer embrión en una mujer y desde ese año hasta 1977 usaron 80 mujeres en sus experimentos, todos con resultados insatisfactorios. El problema era que el embrión no llegaba a implantarse, y se creyó que la falla se debía a un desequilibrio producido por las hormonas. Por esta razón, ambos doctores decidieron abandonar la aplicación externa de hormonas y para 1977 comenzaron una nueva serie experimentos sin ellas.

Mientras el mundo ponía atención sobre el primer nacimiento de “bebé de probeta”, Edwards y Steopte mantuvieron el secreto de experimentos paralelos: por ejemplo, una mujer inglesa embarazada por FIV abortó un feto anormal. Cuando finalmente Steopte reveló el incidente, sostuvo que si lo hubiera expuesto al mismo tiempo del embarazo de Lesley Brown, hubiera resultado en serios malentendidos por la prensa, y que tuvo temor que sus experimentos con mujeres hubieran tenido que ser detenidos, esto fue confesado en 1979.

Seis meses después del nacimiento de Louis Brown, nació el segundo bebé en Glasgow y 68 mujeres pasaron por laparoscopia naciendo 2 bebés normales. Aún en diciembre de 1980, de las 278 mujeres que participaron en FIV, sólo 3 habían tenido 3 bebés. La tasa de éxito en ese entonces de nacimientos vivos era de 0,40 %. No obstante, R Edwards y P. Steptoe fueron celebrados en todo el mundo como los grandes científicos del momento.

En Australia, un grupo formado en 1970, encabezado por el profesor Carl Wood de la Universidad de Monash en Melbourne y colaborador de Edwards y Steptoe, reorganizó el programa de FIV y aceptó a 101 mujeres para “tratamientos” en 1979, de las cuales sólo

dos desarrollaron embarazos. En junio de 1980 Linda Reed dió a luz a Candice, el primer bebé australiano y el tercero en el mundo por FVTE. En 1982 nace el cuarto, también en Australia, convirtiéndose este país en el máximo competidor en la carrera de la FIV. El equipo Monash modificó las técnicas de Edwards y Steptoe, razón por la cual se incrementó la tasa de éxito agregando el uso del ultrasonido para determinar el momento de la ovulación y un retorno a la superovulación mediante hormonas. También se agregó otra técnica proveniente de la industria ganadera, la congelación de embriones. El éxito australiano llegó en marzo de 1984 con el nacimiento del primer bebé nacido de embrión congelado. Tan sólo un año después permitió lo que se conoce actualmente como “donación” de embriones.

Los Estados Unidos entraron tarde a la escena reproductiva, uno de los argumentos presentados por los médicos empresarios en búsqueda de apoyo Federal para la investigación en FIV fue que EE.UU debía liderar esta tecnología y no tomar el segundo lugar entre las otras naciones. Para 1980 abrió la primera clínica y en diciembre de 1981 nació la primera bebé por FIV en EEUU, Elizabeth Jordan. Para 1984 cientos de clínicas se expandieron por el mundo industrializado: Francia, Austria, Suiza, Italia, Alemania, Holanda, Suecia, Israel, Yugoslavia, Bélgica, Finlandia y Canadá. En Inglaterra los “padres científicos” abrieron su propia clínica privada de FIV. Para 1984 habían nacido 700 bebés por FIV y existían 200 clínicas en el mundo.

Desde sus inicios, los médicos realizaron FIV no sólo en mujeres con trompas obstruidas, sino en muchos otros casos (hostilidad de moco cervical, rechazo al esperma, causa desconocida). De ahí entonces que la justificación de la FIV creada para mujeres con trompas obstruidas fue una verdadera jugada estratégica, dado que el porcentaje de mujeres tratadas por esta causa fue muy pequeño. A sólo dos años después del nacimiento de Louise Brown, los primeros destinatarios de la FIV fueron los hombres con esterilidad por bajo conteo espermático u hombres con desarrollo testicular anormal.

Pero también había otros motivos. Los médicos expresaron ya en sus inicios las posibilidades abiertas por la FIV: chequear nuevas drogas y químicos en el embrión transferido, usar embriones para reparar otros tejidos humanos, fertilización posmortem de óvulos, creación de quimeras, fertilizar óvulos de animales con esperma humano, clonación, entre otros. Mientras los médicos especulaban con estas nuevas posibilidades –

hoy hechas realidad-, públicamente la FIV era presentada como una forma de “tratamiento” para “dar nuevas esperanzas de niños a las parejas que sufren infertilidad”.

En una primera charla, en 1976, Steptoe y Edwards le habían explicado a los Brown que la tasa de anormalidad para los óvulos fertilizados en laboratorio no era mayor que para la población general, y que si el embarazo ocurría efectivamente luego de la transferencia del embrión, podrían (ellos) detectar alguna anormalidad mediante el diagnóstico prenatal y abortar así el feto malformado (Edwards y Steptoe, 1980, citado en Corea, 154). Sin embargo, como da cuenta Corea, estos médicos, no podían saber efectivamente que la tasa era similar a la población general puesto que hasta ese momento ningún bebé había nacido por FIV. Pero además en un paper publicado en 1970, Edwards sostuvo que “*la normalidad del desarrollo embrionario y la eficiencia de la transferencia embrionaria no puede ser garantizada*” (Edwards, Steptoe y Purdy, Idem, 19). Entrevistado por la revista Contemporary Ob/Gyn, ante la pregunta si una mujer que logra el embarazo por este método [FIV], daría a luz a un bebé normal, Steptoe contestó en 1977, un año después de asegurarle la inocuidad a los Brown, “*no tenemos la suficiente experiencia aún con humanos para contestar con seguridad tan importante pregunta*” (Idem, 200).

No quedan dudas entonces que los inicios de las FIV en seres humanos fue una historia de experimentos llevados a cabo en las mujeres con la promesa de curarlas de su infertilidad. Queda claro también que a pesar de haber aumentado la tasa de éxito gracias a las reformas en las técnicas realizadas por los australianos, la FIV no podía ser considerada un tratamiento inocuo. En efecto, hay que ver en este desarrollo biotecnológico una carrera obsesiva por lograr el éxito y el reconocimiento científico, la voluntad de controlar el proceso reproductivo es también una voluntad de saber-poder (partenogénesis, ectogénesis, clonación, uso de embriones para otros fines, etc.) que estuvieron desde el primer momento en la mente de sus creadores.

#### **4. El contexto social de las TR: las razones sociopolíticas de las TR**

A fines de la década de los setenta las preocupaciones de políticos, juristas y moralistas por las implicaciones de las TR (fecundación in vitro) giraban en torno a la preocupación por las potencialidades de las técnicas reproductivas de subvertir las nociones

consagradas de paternidad, maternidad, filiación y herencia. A su vez, la emergencia de las TR se produce en un contexto signado por preocupaciones biopolíticas con respeto a la cantidad y calidad de las poblaciones.

#### **4.1 *Identidad genética como identidad social***

Las TR permiten la disociación del vínculo biológico individual entre padres e hijos y plantea toda una serie de problemas legales y morales<sup>38</sup>. Sin embargo, hay que agregar que estas mismas nociones –vínculo biológico– son las que inspiran a las TR al prometer “aliviar” la infertilidad mediante la producción de un hijo propio para la pareja.

El parentesco euro-americano es un concepto híbrido una vez que es considerado como un hecho de la sociedad enraizado en hechos de la naturaleza. En esta representación, tener relaciones sexuales, transmitir genes y dar a luz son hechos de la vida que fueron tomados como base para las relaciones entre esposos, hermanos, padres e hijo/s (identidad social). Los cuales, por su parte, fueron tomados como base de las relaciones de parentesco. El proceso de procreación es visto como perteneciendo al dominio de la naturaleza y no como un arreglo social de los hechos naturales conectando así ambos dominios. (Bestard 1998; 201; Gomes Costa; 2002:342-343; Strathern; 1995:303-329).

Las TR conceptivas permiten que hombres y mujeres se vuelvan padres a través de la manipulación de ciertos hechos considerados naturales de la vida: relación sexual, transmisión de genes, dar a luz. No obstante, las TR producen nuevos hechos naturales mediante la separación entre relación sexual y reproducción, reproducción y gametas, reproducción y embarazo. La valoración de tales intervenciones influirán en el juicio de cuál de estos elementos será considerado como el más importante para la atribución de maternidad y paternidad<sup>39</sup>.

---

<sup>38</sup> Esta ruptura será, en ciertos países, limitada por toda una serie de mecanismos jurídicos para preservar la metáfora del hijo de la “propia sangre”. Pero esta cuestión la desarrollaremos en el capítulo referido a las implicaciones jurídicas de las TR

<sup>39</sup> El referente de los términos del parentesco ya no puede ser el viejo modelo natural de la genealogía. En éste, los padres sociales unían credenciales biológicas y legales. Con las TR, pierden su “naturalidad”, el padre-madre social no replica a los padres naturales y crean nuevas categorías (como mínimo: 3 categorías de padres y 6 de madres). En la concepción moderna y occidental del parentesco, éste se refiere tanto a la naturaleza como a la cultura, es decir, permite pensar los hechos de la vida como de las relaciones primarias entre las personas. La imagen de “unión en una sola carne” para referirse al matrimonio y del “ser de la misma sangre” para referirse a la descendencia han sido las dos imágenes fundamentales que han permitido

No obstante, las raíces de estas nociones se encuentran en el siglo XIX cuando se constituye la sociedad de clases que inspiró una ética individualista liberal que a la vez se reflejó en una noción individualista posesiva de la maternidad y la paternidad. La naturalización de la identidad social (origen genético) en la sociedad de clases quedó expresada en pensamientos como el darwinismo social, las doctrinas eugenésicas y el racismo. Las cuales tenían en común atribuir la desigualdad social a deficiencias de base genética y a proteger la “raza” (la elite social y política) mediante el control de la reproducción. Un elemento central de esta naturalización fue la obsesión por la paternidad biológica. (Stolcke: 1987)

## **5. Inicios de las TR, población y el problema de la cantidad y calidad.**

Hacia la segunda mitad de los años setenta, la tasa de crecimiento de la población en los países desarrollados había bajado muy por debajo del valor de reemplazo de las generaciones que ronda en los 2,1 hijos por mujer. El descenso en la reproducción “nacional” despertó así alarma en Europa y los Estados Unidos. El progresivo envejecimiento de la población por la disminución de jóvenes y el aumento de la esperanza de vida acarrea graves problemas económicos al disminuir la población activa.

Esta situación demográfica trajo aparejado angustias natalistas a las clases políticas de los países centrales. Un llamado desde los sectores de poder a mujeres y hombres a tener más hijos para el bien de la nación. Paralelamente, el gobierno conservador liberal y ONG's de los Estados Unidos en complicidad con las naciones europeas, adoptaron una agresiva campaña de control de población en el “Tercer mundo” financiando directa o indirectamente amplios programas de esterilización<sup>40</sup>.

---

asociar naturaleza y la cultura. Actualmente el parentesco ha dejado de tener un referente natural (copula sexual) para disolverse en la manipulación técnica (FIV). De ahí que la TR implican la disolución de la reproducción como un proceso natural. Las nuevas tecnologías sitúan en una nueva “perspectiva a los hechos de la naturaleza” en la que se basaba nuestro conocimiento de los sistemas de parentescos. (Bestard; 1999: 201.237).

<sup>40</sup> Hablamos de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), organismo multinacional fundado en 1952 por J. D. Rockefeller III vinculado a Federación Americana de Planificación Familiar o Planificación Familiar (PP), el Consejo de Población (CP) fundada por la USAID (agencia estatal para el desarrollo internacional de los EE.UU). Desde los años cincuenta, estas organizaciones trabajaron exitosamente con algunas de las agencias de la Naciones Unidas y para 1984, antes de la segunda conferencia sobre población en la ciudad de México, ayudaron a establecer el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) con el mayor presupuesto anual conocido. En tanto Lobby, la IPPF y la USAID impulsó en 1970

En efecto, la División de Población de la ONU inspirada en la corriente neomalthusiana realizó en agosto de 1974, en Bucarest, la primera Conferencia Mundial sobre Población. En 1979 convocó a la 2ª Conferencia, realizada en la ciudad de México en 1984. Las recomendaciones de estas conferencias expresan una emergencia para la implantación del control poblacional (Oliveira, 95:335). El pensamiento dominante en estos asuntos afirmaba que el subdesarrollo, el hambre y la miseria en el tercer mundo se debían a una sobrepoblación que consumía los recursos escasos que debían ser invertidos en desarrollo<sup>41</sup>. Sin embargo, esta corriente no puso en cuestión que la miseria y la pobreza de una sobrepoblación “incontrolable” se debía - y se debe- a la desigual distribución de la riqueza. Subyacía, pues, en estas políticas la “opción” por reducir el número de pobres en lugar de distribuir el excedente del primer mundo a las naciones pobres que si se las dejaba crecer en la pobreza, pondrían en “peligro” la estabilidad del sistema capitalista.

La UNESCO adelantó en 1968 el porqué de la importancia de las campañas de control de la natalidad: *“cuando, a causa de la superpoblación, los estándares de vida actualmente declinan al mismo tiempo que las aspiraciones de los pueblos se levantan, el escenario esta listo para levantamientos de irracionalidad colectiva y violenta. Es imperativo que reconozcamos la gravedad de la amenaza, ya que la especie humana posee hoy armas de tal poder destructivo que el mundo no puede afrontar el riesgo de un levantamiento violento y masivo, y la lección de la historia nos enseña la posibilidad de un desastre total, a no ser que el control poblaciones pueda instrumentarse”*. (UNESCO; Vol. XVIII, Nº 4 Oct./Dic. 1968; 226)

La preocupación por las “armas de tal poder destructivo” es de suponer no hacen referencia a la “Population Bomb”, sino que hay que entender dicha preocupación reflejada en las campañas de control de población como parte de las políticas imperialistas de los

---

una agresiva campaña de esterilización en India (millones de indio fueron esterilizados, mujeres, adolescentes varones y hombres adultos). La IPPF financio además con 8 millones dólares, en 1979, para la campaña de aborto compulsivo en China. Las ayudas financieras para programas controlistas siguió extendiéndose hasta la Conferencia del Cairo en 1994. (Grimes, 1992). Pero además, la USAID compró en 1974 dispositivos anticonceptivos experimentales (Norplant) para ser distribuidos a través de la IPPF y la PP en Brasil, India y Puerto Rico y que no fue comercializado en los EE:UU. Además de una marca de DIU (Dalkon Shield) que fue retirada del mercado estadounidense por haber sido comprobada su acción infecciosa (Raymond, 1993, 1-28).

<sup>41</sup> El Consejo de Población fue creada en 1952 en EE.UU, para formar a los expertos en control natal en la ideología neomalthusiana y se la puede considerar el punto de partida de esta corriente. Entre ellos se encuentran Paul Elrich y su libro “Population Bomb” (1971) de gran éxito entre los tecnócratas, o William y Paul Paddock. (Lorda, 2002).



países industrializados, en especial los EE.UU, sobre los países que estaban bajo su influencia explotando el mito de una explosión demográfica<sup>42</sup>.

Nuevamente en los setenta y en los Estados Unidos tiene popularidad un nuevo discurso científico, la *Sociobiología* que surge como uno de los soportes ideológicos del nuevo liberalismo económico. Esta “nueva síntesis” entre la teoría evolucionista y la genética vino a reforzar la ideología de la maternidad en un momento en que la familia “tradicional” parecía desintegrarse, pero las connotaciones sexistas y eugenésicas de ese discurso son innegables<sup>43</sup>.

En efecto, era el momento de una profunda transformación de las relaciones sociales: aumento de la tasa de divorcios, menor cantidad de matrimonios, menor número de hijos, ingreso masivo de mujeres al mercado de trabajo, derecho al aborto, mayor acceso a los anticonceptivos, y auge del movimiento feminista y del movimiento gay de liberación. Éstos últimos, cuestionaban la naturaleza opresiva de la dominación masculina, la familia, la maternidad y, por lo tanto, de la heteronormatividad. La Nueva Derecha y la Mayoría Moral respondieron a esta críticas con una agresiva campaña en defensa de la familia, la maternidad y la (pro)vida en contra de lo que consideraron la “permisividad” y el “colapso moral” de la nación. (Weeks, 1985: 17-98).

Así pues, por un lado, los países industrializados promovieron la reducción de las poblaciones pobres del tercer mundo y por otro, promovieron campañas políticas natalistas legitimándose en un discurso “científico” que recuperó la familia tradicional, la ideología de la maternidad que a su vez implícitamente afianzó la paternidad.

Stolcke afirma entonces que detrás de las campañas natalistas se escondían en realidad posturas ideológicas eugenicorracistas más que problemas económicos pasibles de

---

<sup>42</sup> La fecundidad en el mundo en desarrollo era casi el doble en 1950-1955 que aquella entre los países desarrollados (6,16 por mujer vs. 2,84 hijos por mujer). Es a partir de 1970 que se observa una aceleración en la caída de la fecundidad en los países en desarrollo acercándose a 3 hijos por mujer. En los países menos adelantados (designados así por las Naciones Unidas y caracterizados por muy bajos niveles de desarrollo) la trayectoria de la fecundidad tiene sólo un ligero incremento entre 1950-1955 y 1960-1965 (de 6,6 a 6,7 hijos por mujer) y luego un paulatino descenso que se inicia en 1970. Para 1995-2000 la fecundidad para los países menos adelantados en su conjunto era todavía de 5,5 hijos por mujer. (Henning, 2003:4-5).

<sup>43</sup> La sociobiología considera que todo comportamiento social está determinado genéticamente y las instituciones sociales tienen una sola función, la maximización genética individual. Las mujeres estarían programadas para relaciones monogámicas heterosexuales y la maternidad. Por su parte, para los hombres su estrategia más eficaz de maximización genética sería el fecundar el mayor número de hembras posible. (Wilson, 1980).

ser revestidos<sup>44</sup>. En vez de abrir las fronteras a la inmigración de pobladores de los países subdesarrollados se recurrió a la promoción de la reproducción “nacional” fundamentada en una ideología eugenicorracista y sexista de la procreación.

La emergencia de las nuevas TR (FIV) sirvió en cierto modo a estos propósitos. Una razón para apoyar el tratamiento de la infertilidad, escribió Carl Wood, uno de los pioneros en FIV, *“esta en los intereses de la nación. Por ejemplo, cuando las políticas gubernamentales confían en el crecimiento de la población y donde el 10 o 15 % de la población es infértil, sería compatible con el interés nacional tratar la infertilidad. (...) en países donde las políticas estatales prefieren mantener bajo el crecimiento poblacional, no puede ser el interés nacional el tratamiento de la infertilidad”* (Wood and Westmore 1983:16, citado en Corea, 1985, 144).

La apelación al supuesto aumento de la tasa de la infertilidad es también la justificación biopolítica de las TR en el contexto demográfico contemporáneo. En fechas tan recientes como septiembre/noviembre del 2001, el Partido Popular (PP) español planteo disponer de todos los medios para atacar la baja natalidad en España. Presentó una proposición al Congreso en la que *“insta al Gobierno a dar mayor cobertura económica al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad. Favorecer la reproducción asistida, tanto en centros públicos como en privados y financiar los medicamentos de tratamientos específicos”*. El PP atribuyó en gran medida la escasa tasa de natalidad a la *“infecundidad”* y considera *“imprescindible actuar de manera decidida y urgente”*. La proposición, que sería aprobada el 29 de noviembre de 2001, recuerda que *“según las previsiones del Instituto Nacional de Estadística, la población potencialmente activa (entre 20 y 64 años de edad) aunque actualmente mantiene cierto crecimiento, es de esperarse que se produzca una inflexión en el 2005”*. (DiarioMédico.com 5/9/01 y 29/11/01). Hay que considerar que mientras existía dicha preocupación se efectuaron continuas reformas a la Ley de Extranjería con el objeto de limitar la “ola” de inmigrantes hacia España que llegaron buscando mejores condiciones de vida a causa de las crisis socioeconómicas que afectaron - y afectan- a los países “tercermundistas”. Reformas que poseen claros tintes xenófobos.

No obstante, sería ingenuo creer que las TR fueron -y son- el efecto de una biopolítica planificada y que el estímulo de éstas pudo contrarrestar el descenso

---

<sup>44</sup> Los problemas económicos y sociales surgen tras la crisis del petróleo en 1973.

significativo de la natalidad. Pero, como herramienta ideológica, como relleno estratégico tuvo –y tiene- utilidades concretas. Como afirma Stolcke refiriéndose a la angustia natalista y a la promoción de las TR: *“ambas están contaminadas por una doctrina que atribuye la desigualdad entre clases y entre pueblos a diferencias naturales, es decir, geneticorraciales. Desde esta perspectiva, se trata de preservar la preeminencia del Primer mundo asegurando la reproducción genética de sus habitantes. Y este afán redundante en la manipulación de la capacidad procreativa de las mujeres”* (1987:110).

Por el contrario, la emergencia de las TR en los países en desarrollo tiene ciertas características distintivas a las planteadas en el primer mundo<sup>45</sup>. En este caso, el auge y expansión de las TR se presenta en una situación de pobreza, hambre y altas tasas de mortalidad materno-infantil<sup>46</sup>. Como en caso del Brasil, donde se entrecruzan esterilizaciones compulsivas de mujeres pobres con centros reproductivos de alta complejidad dirigidos a las clases acomodadas<sup>47</sup>. En nuestro país, 20 centros privados proporcionan el 19,8% de los procedimientos realizados en Latinoamérica y la situación socioeconómica no difiere significativamente a la del Brasil.

Como en otros países, se justifica este tipo de práctica médica apelando al aumento de la infertilidad. Según la Sociedad Argentina de Esterilidad y Fertilidad (SAEF), un 20% de las personas en edad de concebir (1 de cada 5 parejas) tienen problemas para lograrlo, es decir, más de 500.000 parejas (*Clarín*, 1 de junio del 2003). Pero estos datos deben ser tomados con cautela ya que 8 días después la SAEF sugiere que *“un 15% o sea 1.500.000 parejas tienen problemas para concebir”*. (*Clarín*, 19 de junio de 2003). No es extraño que tanto la SAEF como algunos de los médicos reproductólogos informen estadísticas de dudosa objetividad al no existir algún tipo de estadística oficial. Por otro lado, habría que considerar qué factores o variables fueron tomados en cuenta para afirmar que un 20% ó 25% de las personas en edad de concebir tendrán problemas para concebir. Volveremos en otro parte sobre esta cuestión.

---

<sup>45</sup> Sin embargo, una mirada crítica a nuestra historia permite observar que las ideas eugenicorracistas no fueron ajenas a la ideología biologicista e individualista de la reproducción a principios del siglo XX, dejando su “marca” en las ideas acerca de la paternidad, maternidad y el vínculo parentofilial (Nari:1996).

<sup>46</sup> El contexto epidemiológico y la situación del sistema de salud en el cual este tipo de medicina busca “aliviar” la infertilidad de la pareja será tema de análisis en el siguiente capítulo.

<sup>47</sup> Para el 2001 existían 42 centros que contribuían con el 49,3% de los procedimientos en la región.

Estas afirmaciones inciertas tienen que ser inscriptas en una nueva problematización acerca del crecimiento de la población y las previsiones para el futuro. En efecto, nos referimos a los resultados de la *Revisión 2002 de las Perspectivas demográficas en el mundo*, es decir, las estimaciones y proyecciones demográficas oficiales preparadas por las Naciones Unidas<sup>48</sup>. Dicha revisión tuvo como finalidad describir la segunda etapa de la transición demográfica, es decir el descenso de la fecundidad que ha tenido lugar en la mayor parte de los países del mundo durante el siglo XX<sup>49</sup>.

La *Revisión 2002* considera además las implicaciones que las tendencias recientes de la fecundidad tienen para la proyección de la misma durante la primera mitad del siglo XXI. En particular, el hecho de que un número sustancial de países haya alcanzado ya un nivel de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo y que, en muchos de ellos, los bajos niveles de fecundidad hayan perdurado durante largos períodos sugiere que, aún entre los países que todavía tienen actualmente niveles de fecundidad bastante superiores al nivel de reemplazo, exista la posibilidad de que, con el transcurso del tiempo, la fecundidad descienda por debajo del reemplazo y se mantenga ahí por períodos prolongados<sup>50</sup>.

Como puede apreciarse, esta revisión contrasta con las estimaciones anteriores, las cuales fomentaron políticas controlistas en el tercer mundo, y, por ende, con el pensamiento dominante acerca del futuro de la fecundidad en el mundo. La idea de que la transición demográfica llevaría a una población estacionaria en que eventualmente el número de nacimientos sería igual al número de defunciones, y por ende, la fecundidad se mantendría

---

<sup>48</sup> World Population Prospects: The 2002 Revision, vol. ESA/P/WP. 180, 26 de febrero de 2003.

<sup>49</sup> De acuerdo a la *Revisión del 2002*, el nivel de fecundidad en el mundo era de 2,8 hijos por mujer en el período 1995-2000. En el año 2000, los 59 países con una tasa de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo representaban el 43% de la población mundial o 2.600 millones personas. La totalidad de los países desarrollados –44 países– se hallaba en ese grupo con una tasa igual o inferior a 3 hijos por mujer. Mientras que aquellos países con una tasa de fecundidad igual o superior al nivel de reemplazo representaban 3.400 millones de personas o el 57% de la población mundial (entre los países en vías de desarrollo la mayoría, 92 de 148, aún tenían en 1995-2000 niveles de fecundidad que, de ser sostenido, produciría un crecimiento de la población, siendo superiores a 3 hijos por mujer). Durante 1995-2000, la tasa de fecundidad a nivel mundial había descendido a razón de 0,49 hijos por mujer por década, pasando de 5,02 por mujer en 1950-1955 a 2,83 hijos por mujer en 1995-2000. (WPP, 2002)

<sup>50</sup> La tasa global de fecundidad seguiría bajando hasta llegar a un nivel de 2,02 hijos por mujer en el período 2045-2050. Para los países de fecundidad baja, se supone que la tasa global de fecundidad se mantendrá por debajo de 2,1 hijos por mujer durante la mayor parte del período 2000-2045 y alcanzará el nivel de 1,85 hijos por mujer en 2045-2050. En los próximos años, se prevé que la fecundidad alcanzará el nivel de reemplazo en 2035-2040 y se mantendrá después por debajo de ese nivel hasta el 2045-2050. Para los países “menos adelantados”, se prevé que la fecundidad promedio estará aún por encima de los 2 hijos por mujer en 2045-2050. En contraste, se espera que todos los países de América Latina y el Caribe, Europa y América del Norte y Oceanía tengan una tasa global de fecundidad inferior a 2,1 hijos por mujer en 2045-2050. (Idem, 2002.)

a nivel de reemplazo, ha sido desechada para el mediano plazo *“luego de un cuidadoso y largo proceso de evaluación de las tendencias recientes de la fecundidad en toda la gama de países y de una seria consideración de lo que se sabe acerca de los factores-socio-económicos y culturales que se cree han influido o determinado el descenso de la fecundidad en la mayor parte de los países del mundo”* (Henning, 2003: 8)<sup>51</sup>. No obstante, consideran que ni las políticas gubernamentales de control de población, ni la ayuda extranjera para controlar el crecimiento poblacional han sido factores decisivos en la baja de la fecundidad.

Traducido a preocupaciones políticas, la Revisión 2002 deja en claro cuáles serían las implicaciones socioeconómicas que se derivarían de una población envejecida. El número de personas ancianas que superará por primera vez el número de jóvenes a nivel mundial tiene una directa relación con la equidad intergeneracional e intrageneracional. En el área económica el envejecimiento tendrá un impacto en el desarrollo económico, el ahorro, la inversión, y el consumo, los mercados de trabajo, las pensiones, los impuestos y las transferencias intergeneracionales. En la esfera social, afectará a la salud y a la sanidad, a la composición familiar, a la vivienda y a la emigración. En el terreno político puede influir en las corrientes de voto y en la representación.

Queda claro entonces que aquellas estimaciones y ansiedades con respecto al futuro contrastan claramente con las señales de alarma por el crecimiento desenfrenado de la población, especialmente en los países en desarrollo<sup>52</sup>. La preocupación por la estabilidad del orden social del “primer mundo” y el futuro de los países periféricos supone nuevos llamados a la acción.

---

<sup>51</sup> Entre estos factores se incluye: los determinantes próximos (o variables intermedias) que son factores biológicos o de conducta a través de las cuales variables económicas, culturales y ambientales afectan la fecundidad (nupcialidad, uso de anticonceptivos, infecundidad post-parto y aborto inducido). Los determinantes indirectos o contextuales son la mortalidad infantil, la urbanización y el nivel educativo). Una nueva categoría de determinantes “no convencionales” como la globalización, las cuestiones de género, el empoderamiento de las mujeres, etc. ha emergido en la discusión sobre el descenso de la fecundidad. (Bay y cols. 2003 1-12).

<sup>52</sup> Sin ser tema de análisis de este trabajo, podríamos pensar, así como aclaró la UNESCO en 1968, si la necesidad de controlar la población pobre del tercer mundo no estuvo relacionado a la emergencia de movimientos sociales y organizaciones revolucionarias que surgieron a lo largo de esos años como efecto de las políticas imperialistas neoliberales que, a su vez, ponían en peligro la transferencia de capitales a los países desarrollados.

De este modo, las actuales ansiedades con respecto al aumento de la infertilidad se inscriben en estas “nuevas” preocupaciones biopolíticas. Pero como señalamos, no es posible afirmar una relación causal y directa entre desarrollo TR y preocupaciones demográficas en el “tercer Mundo”, pero sí es posible sugerir que, de cara a estas previsiones, el desarrollo de las TR reproductivas tendrán un mayor impulso al disminuir las TR anticonceptivas, al menos entre los países menos pobres y dejando, no obstante, abierta la opción para continuar implementado políticas controlistas en los países considerados menos adelantados del África, Asia y Latinoamérica. Como vimos en el caso de España, se ha dado una imbricación biopolítica entre preocupaciones por las tasas de inmigración y el descenso de la población activa, en la cual las TR parecen ofrecer una “salida” acorde al nuevo contexto sociopolítico.

## **6. Negocios Biotecnológicos y Tecnologías Reproductivas como condición necesaria de nuevos conocimientos.**

Nadie duda que las biotecnologías se han convertido en el desarrollo tecnocientífico más prometedor en la sociedad (bio)capitalista<sup>53</sup>. Desde que en 1973 los científicos norteamericanos Stanley Cohen y Herbert Boyer crearon el primer híbrido genético (genes de sapo ensamblados en la bacteria *Escherichia coli*), y patentaron su descubrimiento, y luego en 1976, Boyer y el empresario Robert Swanson se asociaron para fundar *Genentech*, la primera empresa de ingeniería genética, apareció una nueva categoría “profesional”: la del *investigador-empresario*. A partir de ahí se multiplicaron las empresas biotecnológicas y desde ese momento cada investigación se diseñó con el objetivo de conseguir un producto que pudiera ser ubicado en el mercado (Folgarait, 1992:11). Los nuevos médicos reproductólogos también comparten el privilegio de incluirse en esta categoría de investigador-empresario tal como vimos en los orígenes de la FIVTE y podemos apreciar en la actualidad.

Desde el nacimiento de Louis Brown, en 1978, las tecnologías genéticas y moleculares confluyen con la medicina reproductiva. Como señalamos en otro lugar, el complejo genético-industrial multinacional han invertido fuertes sumas de dinero en la

experimentación embriológica, que es prerequisite para la investigación biogenética, y cuyo soporte técnico son las tecnologías reproductivas.

Uno de tantos ejemplos es el de la empresa norteamericana Advanced Cell Technology, de Worcester, Massachusetts, y el equipo del veterinario argentino José Cibelli que produjo, en 2001, el primer embrión humano clonado. Tanto Cibelli como los jefes de la empresa insistieron en que *“sólo quieren usar la clonación con fines medicinales”*, como una vía para encontrar soluciones eficaces para las diabetes, el mal de Alzheimer o el mal del Parkinson, entre otras (Clarín, 27/11/01). Cibelli, ante la pregunta del medio citado si la clonación reproductiva será inevitable contestó, *“si la consideramos sólo desde el punto de vista científico, y cuando se pueda garantizar la seguridad de la madre y el bebé, la clonación reproductiva podría ser una nueva forma de reproducción asistida en el futuro”*. El embrión clon construido constituye una *“nueva entidad biológica”* nunca antes vista en la naturaleza (creada sin intervención del espermatozoide) y promete un futuro de ganancias económicas cuando a partir del aislamiento de sus células madres haga posible la creación de nuevas drogas y terapias. Claro esta, las patentes de dichas drogas y su comercialización quedaran en manos de la empresa que las descubran. No obstante, no parece alarmar el hecho de que la creación de esta nueva entidad necesitó 22 óvulos que fueron donados por mujeres, previa estimulación ovárica con hormonas, y a las cuales se les pago la cifra de 4.000 dólares<sup>54</sup>.

Pero la apuesta es mayor, según se deduce de la marcha de las bio-acciones, *“la compañía aprovechó un día feriado en las bolsas de todo el mundo para anunciar sus resultados [que] repercutió favorablemente en la cotización de las empresas de biotecnología. En Wall Street, las empresas Geron Corp y StemCells tuvieron un suba del 9,5 % y 15 %, en Europa, la British Biotech subió un 11, 3% (...) a pesar de que la empresa*

---

<sup>53</sup> Se entiende por biotecnología en un sentido estricto, un conjunto de técnicas que posibilitan la realización, por parte del ser humano, de cambios específicos en el ADN o material genético en plantas, animales y sistemas microbianos, conducentes a productos y tecnologías útiles.

<sup>54</sup> *“Ya existe un mercado sustancial para óvulos humanos para fines reproductivos, Actualmente se les paga a mujeres jóvenes importantes sumas de dinero para que ofrezcan sus óvulos. Si las mujeres pueden correr riesgos para ese fin, ¿por qué no permitirles que corran los mismos riesgos para una investigación médica que puede salvar vidas humanas?. Nosotros llegamos a la conclusión de que sería indebidamente paternalista prohibirle a las mujeres donar óvulos para esta investigación y fijamos el honorario por su participación en una cifra modesta: 4.000 dólares (40 dólares la hora), lo que se paga para la donación de óvulos para fines reproductivos”* (Clarín, 27/11/01). Todos los resaltados son nuestros.

*no integra el Nasdaq, el índice de valores tecnológicos de Nueva York.* (Idem, 2001). No es difícil observar en esta maniobra la búsqueda de beneficios por anticipación.

Pero éste no es un caso aislado, el equipo del Instituto Jones, afiliado a la Facultad de Medicina de Eastern Virginia, fabricó tres líneas de células madres después de fertilizar in vitro 110 embriones de 162 óvulos (*DiarioMedico.com*; 13/07/01). Para ello se les pidió el “consentimiento informado” a los donantes y le se otorgó una compensación económica.

Todas estas acciones de compañías y centros privados se inscriben en el conjunto de intentos encaminados a obtener de las autoridades estadounidenses, como ya ocurre en Gran Bretaña, el reconocimiento de esta línea de investigación, y si es posible, la obtención de fondos federales para ella, cuestión que divide a la Administración Bush y al Congreso americano.

En el viejo continente, España recientemente reformó su legislación (16 de octubre 2003) sobre reproducción asistida para permitir resolver el problema de la acumulación de embriones sobrantes de los procedimientos de FIV, al tiempo que abre la posibilidad de investigar y extraer células madres de estos mismos. Dos años antes de la reforma, la ministra de ciencia y tecnología apostaba a un cambio de norma que permitiera dichas investigaciones y destacó la necesidad de crear una fundación para el desarrollo de la investigación genómica, *“es imprescindible la concesión de ayudas a grupos de investigación laboratorios y científicos de prestigio, se compartirán infraestructuras y recursos, para bancos de datos, de tejidos, etc. (...) la fundación servirá para hacer llegar más recursos a la investigación genómica a fin de estimular la participación privada. Por último servirá para aprovechar el apoyo al mecenazgo de la investigación”* (*DiarioMedico.com*; 05/12/01) Finalmente, entre acaloradas discusiones políticas entre la iglesia, el PP y el PSOE se dio vía libre a la investigación de células madres así como a la participación privada<sup>55</sup>.

Por otra parte, grandes empresas farmacéuticas (11 son las más importantes) como Serono y Organon, especializadas en reproducción, influyen en el desarrollo de las TR, mediante la producción de nuevas drogas (hormonas) producidas con tecnologías de ADN recombinante. El gigante Serono, lanzó hace unos años al mercado reproductivo una tercera generación de hormonas que son utilizadas -¿experimentadas?- en todos los centros de



reproducción<sup>56</sup>. Pero no sólo son promovidas nuevas drogas en el mercado reproductivo, también financian con fuerte sumas de dinero congresos Internacionales y nacionales de reproducción asistida y promueven investigaciones conjuntas con algunos centros reproductivos que son discutidas en dichos congresos<sup>57</sup>.

Con todo, en sí mismas las TR constituyen un negocio lucrativo cuando se inscriben en el mercado libre de “entidades biopolíticas”. En Estados Unidos existen diversas empresas dedicadas a la venta de gametas y embriones; los bancos comerciales de semen publicitan esperma según parámetros étnicos y de salubridad: libre de HIV o de enfermedades de transmisión sexual y ofrecen envíos de semen congelado a cualquier parte del mundo en forma inmediata. Los donantes pueden ser elegidos por los clientes-padres según características como la religión, grupo étnico, altura, peso, color de ojos, de cabello, textura del cabello, grupo sanguíneo, ocupación y nivel de educación.

El carácter eugenésico implícito en muchos de los bancos es explícita en el llamado “Banco de Semen de Genios” (Repository For Germinal Choice), una banco fundado en el sur de California, en 1980, por Robert Graham con el fin de ayudar a la raza humana a mejorar su herencia genética. La idea era – y es- reunir el semen de los mejores intelectuales del mundo y ofrecerlo a mujeres interesadas en tener niños que podrían llegar a ser genios. Entre los primeros donantes que hizo pública su donación fue el premio Nobel de Física William Shockley.

Otras agencias como la *Creating Families, Inc* (Colorado), ofrece varios programas a sus clientes: uno de ellos es su programa de “Adopción de Embrión Donado”, donde la pareja “adopta” los embriones sobrantes de otra mujer intervenida con FIV, y la cotización de esta práctica oscila entre los 4.000 y 5.000 dólares. Otro programa de la misma empresa, es el “Donante de Ovulo-Donante de Esperma: Programa de Donación de embriones”. Las parejas utilizan los gametos donados –seleccionados por sus propios criterios- para crear embriones a su favor. Nuevos negocios van emergiendo con y alrededor de las TR y ello

---

<sup>55</sup> Hasta en Alemania, que posee las leyes mas restrictivas de Europa con respecto al uso de uso de embriones para investigaciones-empresariales, se esta discutiendo la pertinencia o no de dicha restricción.

<sup>56</sup> Por ejemplo Serono lanzo al mercado mundial (incluida argentina) el Cetrotide (acetato de Cretolix), un antagonista de las GnRH utilizado para al sobrestimulación de óvulos.

<sup>57</sup> La empresa Organon (compañía holandesa con subsidiarias en más de 100 países) lanzó el Puregon (hormona FSH) cuyos resultados en los procedimientos de FIV fueron discutidos en el 17 Encuentro Anual de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE).

sin nombrar los cientos de agencias que ofrecen madres subrogantes o alquiler de útero. (Giberti, 2001: 42-45).

### **Conclusión parcial**

Hemos visto en este capítulo que los diversos procesos de control social sobre el cuerpo (disciplinamiento médico de la reproducción), sobre la población (biopolítica) están relacionados a las tecnologías conceptivas a distintos niveles. En el plano disciplinario, la TR es una nueva etapa en el histórico control sobre el proceso reproductivo. El énfasis puesto en el adjetivo “nuevas” para referirse a esta tecnología, permite des-historizar el proceso de control médico sobre el cuerpo de las mujeres, autonomiza a las técnicas de sus condiciones sociales de posibilidad y la plantea en ruptura con el pasado. Es así como debemos entender la proclama de que las TR constituyen una “revolución” en el campo de la reproducción humana.

Por otro lado, las políticas de población, sean estas natalistas o controlistas, implican una planificación demográfica de la fecundidad, para lo cual es central el control de cuerpo de las mujeres. Y aquí hay que establecer diferencias cuando, a partir de un acceso generalizado a información y educación sexual y reproductiva, se establecen incentivos para orientar las opciones reproductivas; y otra muy diferente cuando se imponen estrategias biopolíticas que poco tienen que ver con los deseos y la elección de las propias mujeres y hombres. Tanto la ausencia de educación y de medios para la planificación de la fecundidad como los programas de control de la natalidad compulsivos refuerzan la visión de la mujer como objeto, como cuerpo a ser manipulado y sometido (Jelin, 1995: 403).

El énfasis dado en todo el mundo a las TR genera nuevas condiciones para la discusión de los derechos reproductivos, pero esta vez centrada en su cara opuesta, es decir el estímulo a la fecundidad mediante “tratamientos” de la esterilidad/infertilidad y las manipulaciones tecnológicas correspondientes. La aparente paradoja es que, mientras el debate sobre los derechos reproductivos en los países periféricos y para las clases populares no está saldado y dista mucho de estarlo (la cara opuesta: el acceso libre a los métodos

anticonceptivos y la legalidad del aborto como un método más), las prácticas conceptivas se desarrollan en los países centrales y entre las clases altas de los países periféricos.

Así, tanto detrás de las políticas de control como del desarrollo de las TR subyace una visión biologicista de la reproducción (centrada en la familia, el matrimonio, etc.) que se presenta ideológicamente como genética, naturalizando las desigualdades de clase, género y las desigualdades geopolíticas. Y en este proceso, el objeto de intervención y control sigue siendo el cuerpo de las mujeres. Para comprender las mutaciones en el status de las mujeres es útil retomar la analogía de Emily Martín entre trabajo reproductivo y trabajo productivo en la sociedad capitalista.

Vimos que el médico se erige como supervisor del trabajo (re)productivo delegado forzosamente por la parturienta. El cuerpo, el útero, considerado como máquina coloca a la mujer en una situación paradójica. La mujer como trabajadora (del parto) no controla ya sus "medios de producción", que quedarán en manos de los expertos para un mejor rendimiento (re)productivo: el nacimiento de un niño saludable. Esta alienación del trabajo y del producto de ese trabajo redunda en un mayor poder para los expertos.

Sin embargo, con la emergencia de las tecnologías reproductivas la mujer, su cuerpo, sus óvulos, pasan ahora formar parte de los medios de producción. Los óvulos que serán manipulados en un medio externo (el laboratorio) en manos de diversos profesionales (embriólogos, biólogos moleculares, genetistas, etc.). En este proceso, la producción ya no pertenece a la mujer sino a los técnicos, generando una expropiación y escisión absoluta de la capacidad (re)productiva. En esta nueva fase de gestión empresarial, son los expertos quienes producen y gestionan embriones in vitro, quienes manipulan óvulos para experimentos con otros fines a la obtención del niño saludable de la época taylorista. La mujer, y eventualmente el hombre, (mediante la donación), pasan a adquirir el carácter de instrumentos dentro del proceso reproductivo, y en este sentido es que son convertidos en medios de producción, alienados de su capacidad reproductiva.

Solo cuando los embriones son producidos con el fin de ser restituidos (transferidos) al útero materno se puede decir que cierta etapa del trabajo (re)productivo (la gestación) queda en manos de las mujeres, al menos hasta que los desarrollos tecnológicos permiten la gestación extracorpórea (ectogénesis).

Sin embargo, el circuito del proceso (re)productivo no estará completo, porque la restitución al útero no es la única finalidad de la biorreproducción. La apropiación de óvulos o espermatozoides por parte de los nuevos expertos, produce también un plusvalor, cuando es extraído para otros fines de los donantes (recordemos que los óvulos se cotizan a 4.000\$). Esta materia bruta transformada en embriones clonados (o embriones sobrantes congelados en las clínicas de reproducción) servirán para extraer células madres con el objetivo de investigar terapias génicas, obtener tejidos para trasplantes, o nuevas entidades biológicas. Estos nuevos bienes son producidos en miras de nuevos mercados (de valores, médico, farmacéutico). La explotación de mujeres y eventualmente hombres, produce así capital en formas de nuevos saberes biomédicos, nuevas tecnologías y obviamente en las empresas dedicadas a las biotecnologías (incluidas las TR).

La denominación ideológica de “donantes” esconde la explotación efectiva y concreta realizada por los investigadores-empresarios. Estamos pues en presencia de una nueva gestión de los cuerpos y de la vida misma en sus primeras etapas de desarrollo. La fetichización de la vida llega así a su punto extremo, y este fetichismo es aún mayor cuando gametas y úteros no son obtenidos a valores de cambio sino por medio de un acto “altruista de los donantes”. En el (bio)capitalismo la mercantilización del cuerpo biopolítico pretende ser absoluta, y se nos dice que es para nuestro propio bien.

## **El discurso médico como discurso del amo**

Hablar de la medicina es ante todo hablar de un orden discursivo que les propio cuyas leyes se impone tanto al médico como a los sujetos. En este sentido, la medicina instala un orden que impone un orden médico (Clavreul, 1978). La medicina y su discurso esta presente a lo de toda la vida de los seres humanos, desde la fecundación hasta la muerte (o autopsia).

El Orden médico se nos impone de manera totalitaria en cada acto de nuestra vida. El poder que le es dado a la medicina tiene su fundamento en la cientificidad de su propio discurso. La medicina invoca a la ciencia, y a sus métodos, y se ha apropiado de la epistemología de la ciencias biológica. Es ahí donde reside la creencia en la medicina y no tanto en sus resultados. Y esto porque la ciencia se ha convertido para occidente en sinónimo de verdad y por ello la medicina constituye un bastión que resiste tanto a los ataques como a las alabanzas. No hay razón del sujeto que se resista a la razón médica, se puede discutir y cuestionar sus restados “científicamente”, “técnicamente”, pero no se discute la ética medica, la finalidad que se asigna a si misma.

En lo esencial, lo fundante de la medicina es su constitución como discurso y éste la funda como científica. La cientificidad le viene al construir como objeto a la enfermedad. Al adquirir estatuto científico, se separa cada vez más de lo que experimenta el enfermo. Existe sin duda una enfermedad del enfermo y una enfermedad del médico, pero es el “discurso del médico el que ha hecho posible la identificación mórbida y no a la inversa. No es una toma de conciencia del interesado lo que permite que se constituya un saber medico, sino por el contrario es la existencia de ese saber lo que permite la toma de conciencia. La historia han demostrado que la medicina podía prescindir de toda conciencia personal de un estado mórbido incluso de toda demanda” (Clarín,1978:154). Como ha demostrado Foucault la medicina, por lo menos desde el siglo XVII, constituye una actividad social. La medicina moderna se ha fundado como medicina social y “desbloqueo epistemológico estuvo favorecida por la medicalización de otros campos distintos de los enfermos (Foucault, 1996).

De este modo, se puede hablar de la medicina de un discurso que subjetivamente divide a los sujetos, somos seducidos y conquistados por ella, a la vez que nos despoja de nuestra conciencia que es reemplazada por la enfermedad objeto de la medicina. Nuevamente afirma Clavreul, "Al mismo tiempo silencia los sentimientos del médico por las exigencias que impone el discurso médico. Al mismo tiempo que el enfermo se borra tras la enfermedad en cuanto individuo, el médico se borra en cuanto persona ante las exigencias de su saber". Cuando existe la conciencia de la enfermedad del enfermo, de todos modos no tiene lugar en el discurso médico, para el cual el enfermo es solo un indicador de signos y en alguien que demanda.

Pero el orden médico también constituye un orden jurídico. La medicina pertenece al orden del deber ser no del ser. Ese deber ser del hombre en buena salud, aquel al que accederá si sigue las prescripciones del orden médico. El ser, el hombre enfermo no le interesa a la medicina, y en ese sentido donde se puede decir que no existe una relación médico-paciente, el médico no se dirige al hombre enfermo sino al futuro hombre sano.

El discurso médico es un discurso totalitario, establece la salud como un deber ser que se impone a todos los sujetos. El enfermo solo existe como mero informante de la situación de un cuerpo que falla. Es entonces, un discurso que no es del hombre sino sobre la enfermedad, pero no significa que no lleva en sí mismo una idea del hombre, de su ser.

El discurso sobre la enfermedad es un saber que tiene su propia lógica, instaaura un método sobre la enfermedad, sobre su etiología y su patogenia. Un discurso que le permite constituir como hechos elementos que sin él seguiría siendo contingentes e inarticulables. Ciertos elementos deben entrar en relación de causa con la enfermedad. Instaurar el orden médico significa privilegiar ciertos hechos y excluir todos aquellos que lo contradigan. Pero aunque haya error en el discurso médico, un error diagnóstico se mantiene en lo verdadero del discurso médico. En cambio, si el discurso médico invocara otros hechos (supercherías) se saldría de él por no entrar en su lógica.

Al poner cierta en evidencia ciertos hechos y articularlos en la lógica que le es propia, no sólo los privilegia, le impone *cierta mirada* en el dominio por él construido. Limita el campo de visión, impone una mirada médica (Foucault, 1999), porque lo que el médico observa es lo que se puede inscribir en cierto campo de saber, con exclusión de cualquier

otra cosa, es lo que puede constituir una hipótesis, un diagnóstico que tenga cierta coherencia. El resto no existe para él.

Como dijo Foucault *es una violencia ejercida sobre las cosas* que instaura el discurso, y que, además rechaza el discurso propio del enfermo dejando de lado elementos que no tienen relevancia para : *“es propio de carácter autoritario del discurso médico el hecho de no querer ni poder saber nada respecto de lo que no le pertenece, porque es inarticulable en sus sistema conceptual”*. (Clavreul, 1978: 93). El discurso medico es un discurso del amo y necesita quien se arrodille ante su poder.

## CAPITULO CUATRO

### La (re)producción de la infertilidad en el contexto médico

#### 1. La definición médica de la infertilidad:

Entre el 18 y el 22 de junio de 1990, en la ciudad de Copenhague, la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó las “Consultas sobre el lugar de la Fertilización In Vitro en los Cuidados de la Infertilidad”<sup>58</sup>. En este encuentro, la OMS sostuvo que la infertilidad era un constructo médico y la definió “*como la falta en la concepción después de por lo menos dos años de relaciones sexuales sin protección*”, englobando el término tanto la esterilidad como la subfertilidad. (OMS, 1993: 2-3). La OMS mantuvo una posición crítica particularmente hacia la FIV<sup>59</sup>. En su momento consideró que “*la rápida proliferación de servicios de FIV en casi todos los países industrializados está dirigida por los intereses de los proveedores, por las industrias y por otros grupos especiales interesados, en detrimento de un planeamiento racional basado en las necesidades de la población*”. (Idem, 5).

Cinco años después el término infertilidad como constructo médico sufriría ciertos desplazamientos de sentido que diluirían las diferencias entre esterilidad y subfertilidad. Según la OMS se entiende ahora por infertilidad “*la falta de concepción después de un año de relaciones sexuales sin protección anticonceptiva*”. (1995; 21:71-77).

---

<sup>58</sup> Participaron en ella 15 personas de Europa, Norteamérica y Australia, representando a ginecólogos que trabajan con FIV, grupos de mujeres, economistas, sociólogos, epidemiólogos, administradores de salud y periodistas.

<sup>59</sup> En las conclusiones se consideró que: La FIV es una técnica poco evaluada, invasiva, costosa y envuelve demasiados riesgos. Los países necesitan evaluar la viabilidad de opciones médicas y sociales para hombres y mujeres infantiles; hacer hincapié en la prevención más que en el tratamiento de la infertilidad; dar la misma consideración a las opciones sociales y médicas. Los gobiernos deben considerar limitar el número de ciclos/tratamientos, las indicaciones para FIV y limitar la edad de la mujer por los riesgos que conlleva (hasta 40 años); los servicios de asesoramiento deben ser independientes de los centros de reproducción. En cuanto no existe una evaluación adecuada de los riesgos de la inducción de la ovulación y de otros tratamientos de FIV, los países deben establecer plazos para limitar la exposición de mujeres y su prole; deben establecerse límites en el número de estimulación ovárica; el ciclo natural debe ser una opción preferible para las mujeres. Por último, los gobiernos no están obligados a asegurar la disponibilidad de la FIV para cualquier persona que desee tener hijos. Si se reconoce el derecho individual a tener hijos, este derecho no puede ser extendido automáticamente. Las consideraciones éticas en infertilidad deben estar principalmente focalizadas en los proveedores de servicios (justicia, honestidad de la información, derechos de los hombres y de las mujeres) y no solamente en los óvulos, en los embriones y en el feto. (Idem, 1992)



Pero la infertilidad así definida engloba situaciones diversas resultando en un término ambiguo. En efecto, desde el punto de vista médico, y raramente aclarado, *la infertilidad supone una disminución o ausencia de fertilidad con carácter reversible*” mientras que “*esterilidad como la incapacidad de concebir*” (OMS, 1995), considerada ésta última como *irreversible*.

Así, la infertilidad tiene un carácter relativo y puede deberse a factores tales como operación recientes, embarazado anterior, infección de pelvis, los cuales difieren en tiempo la posibilidad de gestación. Pero además se define como *infertilidad primaria* cuando no hubo embarazos previos, e *infertilidad secundaria* si existen antecedentes – por ejemplo cuando se producen abortos reiterados.

La *situaciones primarias* no sólo hacen referencia a las parejas que tras un año de relaciones sin protección no pueden concebir (esterilidad primaria), sino también a los casos en que la gestación no llega a término (infertilidad primaria). *Las situaciones secundarias* son términos aplicados a dos tipos de parejas diferentes, a las que, tras haber obtenido algún hijo, no consiguen algún nuevo embarazo en los dos años siguientes (esterilidad secundaria); y a aquellas que, después de un embarazo y parto normal, no consiguen de nuevo llevar a término una gestación con recién nacido normal (infertilidad secundaria). Por último, se entiende por *subfertilidad a la disminución de la capacidad de concebir o un estado reducido de fertilidad que limita la fecundación* (trompas de Falopio bloqueadas, reducción de número de espermatozoides).

Se observa, entonces, como la definición de la infertilidad propuesta por la OMS, que en 1990 consideraba en dos años el límite para ser considerado/a “infértil”, fue reducida a tan sólo un año. Es significativo el hecho de que en sólo unos pocos años se haya producido un incremento sustancial de la infertilidad como para reconsiderarse el tiempo estipulado para concebir. Pero quizás deba verse en este cambio, como la misma OMS consideró en su postura inicial, las presiones ejercidas por la industria reproductiva para *redefinir la infertilidad*.

En efecto, se observa un cambio en la postura de la OMS con respecto a la definición de la infertilidad que es paralela a la expansión de un gran mercado reproductivo por todos los países industrializados. Así, en el 2001, la OMS realizó un encuentro con

diversos especialistas y profesionales para discutir las implicaciones de las TR<sup>60</sup>. De este encuentro nació una compilación de artículos con el título: “*Medical, ethical and social aspects of assisted reproduction (WHO, 2001)*” en la cual se observa nuevas preocupaciones por las TR. La OMS reconoce ahora el auge vertiginoso de las TR, desde 1978, en todos los países “desarrollados” como uno de los mayores avances en la medicina reproductiva y considera que las TR aportan el 5 % de todos los nacimientos en los países europeos. Lo significativo para el 2001, según la OMS; es el gran número de parejas que acuden a las TR y resultan decepcionados por los fracasos técnicos, y el número considerable de parejas infértiles en todo el mundo que no tienen acceso a las TR<sup>61</sup> (WHO, 2001: xvi).

Los nuevos desarrollos biotecnológicos en el campo de la medicina reproductiva no tienen parangón con los balbuceos técnicos que permitieron a fines de los setenta el nacimiento de Louis Brown. Sin embargo, el vertiginoso avance de las TR, y la consecuente construcción de “nuevos problemas oficiales”, no ha clausurado todas las preguntas abiertas –y aparentemente cerradas- desde sus inicios.

### 1.1 Las causas (etiologías) de la infertilidad

Para el discurso médico, las causas de la infertilidad son varias dependiendo donde residan los problemas o el origen de las mismas. Los médicos consideran que las causas más importantes que llevan a la infertilidad son: *En la mujer*: un moco cervical adverso, falta de ovulación, ausencia u obstrucción de la trompas, ausencia del útero o una cavidad uterina alterada que impide la implantación de feto y desarrollo del embarazo, endometriosis y las causas inmunológicas de tipo autoinmune\* o alloinmune\*

*En el hombre*: alteración del semen y del sistema productor: Azoospermia (ausencia de espermatozoides), Oligoszoopermia (disminución en el número de espermatozoides), Astenoszoopermia (disminución de la movilidad), Teratoszoopermia

---

<sup>60</sup> En su mayoría médicos, 52 expertos entre reproductólogos y otros especialistas, 7 bioeticistas, 5 epidemiólogos y demógrafos, 5 pertenecientes a la sociedad civil 1 psicólogo. La distribución por género fue: 52 hombres y 18 mujeres. Comparándolo con las Consultas de 1990, observamos que en el 2001 disminuyó la participación de especialistas en ciencias sociales, y aún más significativo es la ausencia de grupos de mujeres, siendo éstas las primeras afectadas por las TR.

<sup>61</sup> Claro está, la manera de encarar el problema se ve reflejado tanto en los objetivos del encuentro como en el contenido de los artículos. Los objetivos fueron: a) revisar y evaluar los actuales desarrollos de las TR, b) identificar los problemas irresueltos y c) proveer recomendaciones para futuras investigaciones

(alteraciones morfológicas de los gametos), Varicocele, obstrucción en los conductos deferentes o en la unión del deferente y el epididimo. Y las causas cromosómicas y genéticas: 1) anomalías cromosómicas numéricas y estructurales 2) microdelecciones del cromosoma Y; y 3) mutaciones génicas.

Las *causas ideopáticas*: Una categoría especial la conforma la llamada causa ideopática o *causas inexplicadas*, es decir la infertilidad producida por causa/s no se han podido identificar (ASRM: Infertilidad inexplicada, 11/2002). Esta categoría la integra el 10 a 15 % de la población considerada estéril, y en ella se subsumen problemas interpersonales, intrapsíquicos y sociales diversos.

*La causas "ocultas" para el saber médico*: sin embargo, existen otras causas de infertilidad/esterilidad que si bien son discutidas al interior de la corporación reproductiva (Chillick y cols, *Rev. Colomb. Obstet Ginecol* vol.54, nº 4, Oct/Dic 2003), son poco conocidas públicamente: histerectomías abusivas; enfermedades de transmisión sexual que producen inflamaciones pélvicas (por ej. por el virus de la Clamidia)<sup>62</sup>; uso de DIU responsable de infecciones crónicas potencialmente esterilizantes; factores ambientales y nutricionales: sustancias químicas en lugares de trabajo como el plomo, gases anestésicos, cloruro de vinilo y dioxina, agroquímicos, etc. que afectan a hombres y mujeres. Los nombrados factores sociales y psicológicos -causas inexplicadas- tales como el rechazo inconsciente del embarazo, el miedo a los trastornos de la gestación, a los cambios corporales, al dolor del parto, a la muerte, a engendrar hijos/as malformados, el miedo a enfrentarse al cuidado de ser madres. Todas estas posibles causales se incluyen dentro del cajón de sastre de la **esterilidad sin causa aparente (ESA)**, otro nombre dado para las causas inexplicadas. (Domingo, 80)

## 1.2. ¿Es la fertilidad Natural y la infertilidad una patología?

En el imaginario social y en las representaciones del saber médico la fertilidad es considerada como un estado "natural" de los seres humanos. La fertilidad es definida como

---

<sup>62</sup> Las enfermedades de transmisión sexual y la enfermedad inflamatoria pélvica son la causa de más del 20 % de la esterilidad humana. Sin embargo, ni la corporación médica ni los organismos estatales han puesto el mismo énfasis en conseguir una mejor calidad de vida para mujeres y hombres, mejorando la educación sanitaria, implementando programas de prevención y tratamiento precoz de estas enfermedades (Domingo, 81).

la capacidad de parir un recién nacido vivo, o bien es definida como población fértil aquellas mujeres que quedan embarazadas después de un tiempo de relaciones sexuales regulares. En cambio, por fecundidad se tiende la probabilidad que tienen la mujer de quedar embarazada en un ciclo menstrual específico y es del 20% dependiendo de la edad de la mujer.

El saber médico no desconoce que para lograr la fecundación es fundamental que la mujer alcance la menarquía y regularice sus ciclos ovulatorios. En este sentido, el estatus nutricional afecta a la regularidad de los ciclos y condiciona la edad de la menopausia (en épocas de hambruna la infertilidad es una adaptación a las tensiones medioambientales). Pero la fertilidad también es condicionada por tensiones mentales (estrés o ansiedad) y físicas (ejercicios corporales excesivamente duros). Además ninguna mujer es completamente fértil durante todos los años de menstruación: la ovulación no se produce en todos y cada uno de los ciclos, sobre todo en aquellas que comienzan a menstruar y en aquellas que ingresan en la menopausia (Birke, 1992: 65-66).

Debe resaltarse además la baja fertilidad de los seres humanos siendo el índice medio de concepciones de tan sólo un 20% o 25 % por cada ciclo de ovulación. De ahí que como especie no seamos “naturalmente fértil” en relación a otras. La disociación entre ovulación y pulsión sexual y la ausencia de señalización externa, hacen que las relaciones sexuales y la fecundación no estén biológicamente ligadas (Narostky; 1995: 48). A esto se añade las ya nombradas situaciones irregulares de la ovulación.

Si no existe un estado fertilidad/fecundidad natural sin relación al medio en el que éstos procesos biológicos se producen, por otra parte, la fertilidad humana está directamente sometida a controles sociales no sólo con el objetivo de limitarla sino con el objetivo de aumentarla. Las sociedades humanas crean instituciones, marcos sociales y legales con el fin de controlar la fertilidad: desde la heterosexualidad obligatoria, donde es relevante la importancia de la sexualidad en la articulación de reproducción biológica y reproducción social a través de la creación de sistemas de sexo/género (Rubin, 197; Natorosky, 1995:5), hasta los tabúes referentes a la lactancia y las prácticas consuetudinarias de control de la fertilidad.

En este sentido, el término reproducción incluye tres dimensiones o niveles: la **reproducción biológica**, que en plano familiar significa tener hijos y en el plano social se

refiere a los aspectos sociodemográficos de la fecundidad; la **reproducción cotidiana**, o sea el mantenimiento de la población existente a través de las tareas domésticas de subsistencia; y la **reproducción social**, o sea, las tareas dirigidas al mantenimiento del orden sistema social. (Jelin, 1995:395). La reproducción biológica es entonces sólo un aspecto del proceso más general de la reproducción social de toda sociedad.

Desde esta perspectiva, interesa preguntarse porqué el saber médico considera a la *infertilidad como un estado patológico*. Según el Dr. Chillik, del Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción (CEGyR), “¿debe considerarse la esterilidad como una enfermedad? (...) La OMS define a la salud como el bienestar físico, psíquico y social, y en la esterilidad ese bienestar no existe, por tanto es una enfermedad”, (La Razón, 1/07/03).

De igual modo, para los integrantes del Centro de Medicina Reproductiva (Cemir), “Desde que tenemos uso de razón todos los seres humanos nos consideramos incluidos en el ciclo de la vida, al cuál creemos natural e inevitable. Nacemos, crecemos, pero cuando el deseo de un hijo aparece y no se efectiviza en un embarazo aflora la angustia porque se ha truncado una etapa natural”. Si bien es relativizada la “naturalidad” de la procreación, no obstante se afirma que “trabajamos por el derecho universal de todas las parejas a tener hijos porque creemos que **la infertilidad debe ser considerada una enfermedad que puede ser tanto femenina como masculina, y como cualquier patología merece un tratamiento para revertirla**” (Cemir, 2004, el resaltado es nuestro).

Sin embargo, no todos los médicos consideran que la infertilidad es un enfermedad partiendo de la misma definición de salud de la OMS: “considerando la definición de SALUD emitida por la OMS como un “estado de completo bienestar físico, mental y social”, podríamos afirmar que la infertilidad no es una enfermedad. De hecho, en muchos casos de infertilidad no es posible evidenciar ningún tipo de enfermedad o patología” (Madera: 2002). Pero, a continuación se aclara que, “el sufrimiento, angustia y desesperación que aquejan a las parejas imposibilitadas para concebir, es una situación real que se ha llegado a considerarle como un problema de salud pública” (Idem). Lo problemático aquí es que si bien la infertilidad no es considerada una infertilidad de todos modos es constituida como problema médico, enfatizándose en el aspecto emocional y/o psicológico como factor patológico.

No obstante, la construcción de la infertilidad/esterilidad como enfermedad es una construcción en cierto sentido constituida para el público lego dado que en la literatura médica rara vez se hace mención al carácter patológico de la misma. Nuevamente, el prestigioso Dr. Chillik y el Dr Bruno-Olmedo cuando se dirigen a su pares afirman que *“la infertilidad es un problema común que afecta a 1 de cada 6 personas. Puede ser definida como la incapacidad de completar un embarazo luego de un tiempo razonable de relaciones sexuales sin tomar medidas anticonceptivas”*. (2003). Pero que sea un problema para concebir no es sinónimo de enfermedad. A este respecto aclara el doctor que *“las causas del crecimiento en la prevalencia de las infertilidad son difíciles de establecer”* (Idem), y enumera cuatro factores posibles que inciden en la infertilidad: postergación del momento en que se decide tener un hijo, aproximadamente a los 35 años cuando comienza a decaer la fertilidad de la mujer; alteraciones en la calidad el semen debido a hábitos como el uso de alcohol y tabaco; cambios en la conducta sexual y eliminación de la mayoría de los tabúes. (Idem,2003). Es decir, factores sociales mediatos no inmediatos de la infertilidad que son ahora fundamentales para el modelo biomédico reproductivo.

Con respecto a esto último, es necesario problematizar el concepto de salud tal como es retomado por los reproductólogos para solventar la patologización de la infertilidad. En efecto, la OMS considera que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades<sup>63</sup>. Esta definición no esta exenta de ambigüedades aún cuando intenta ser una superación de la concepción de salud/enfermedad imperante en el modelo biomédico<sup>64</sup>. En primer lugar, como señalo Mishler, un concepto tan amplio de salud, a pesar de tomar en cuenta factores sociales y culturales como determinantes, pierde capacidad operativa en tanto no haya una especificación y descripción de esos factores dentro del cual viven y actúan los individuos (1981: 6-9). En efecto, un “estado completo de bienestar” no deja de ser un ideal etnocéntrico con pretensiones universalistas poco práctico para explicar los determinantes socioambientales de la salud. En la vida real todos los sujetos sociales no disfrutan siempre

---

<sup>63</sup> Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio de 1946; firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, No. 2, p. 100) y que entró en vigor el 7 de abril de 1948.

de este tipo de bienestar completo dada que sus vidas se inscriben en una estructura social jerarquizada y por tanto atravesada por desigualdades sociales.

La salud y la enfermedad forman un proceso continuo, donde en un extremo se encuentra la muerte prematura, muchas veces prevenible, y en el otro extremo se encuentra un elevado nivel de salud, al que difícilmente llega todo el mundo. Sin embargo, si la interpretación de la salud de la OMS es tomada literalmente, en vez de ser vista como un ideal que debe ser puesto en relación con condiciones sociales concretas, esta destinada a crear frustración personal innecesaria y demandas irrazonables en cualquier sistema de cuidados de la salud.

Por otro lado, la OMS no problematiza las definiciones hegemónicas de salud/enfermedad del modelo biomédico como “buen funcionamiento de los órganos” y “desviación de una norma biológica estándar”, sino que se limita a sumar a ellos los factores psicosociales dejando abierta la posibilidad de medicalizar/patologizar aspectos más amplios de la vida individual y social<sup>65</sup>.

Es justamente esta ambigüedad conceptual la que permite a los médicos reproductólogos retomar la definición oficial de salud para patologizar los problemas reproductivos aún en ausencia de síntomas o signos de índole anátomo-fisiológicas o genéticas. En efecto, el énfasis se desplaza hacia el estado emocional y/o psicológico de los sujetos infértiles: angustia, desesperación y depresión por la incapacidad de alcanzar el deseado hijo.

Sin duda alguna existen anomalías que pueden conducir a la infertilidad como la obstrucción de trompas, el varicocele o el baja conteo espermático, entre otros, pero en si misma la infertilidad no es una patología. Desde ciertas perspectivas, se ha cuestionado la doctrina de la etiología específica por su naturaleza reduccionista (Mishler), pero en la construcción médica de la infertilidad es importante resaltar este aspecto pues, *“no se ha podido describir un único mecanismo que sea totalmente responsable de las*

---

<sup>64</sup> Una interesante discusión desde la disciplina médico en torno a la ambigüedad de conceptos tales como enfermedad y salud así como de aquellas “no-enfermedades” (más de 200) que han sido medicalizadas. Véase (Smith, BMJ, 2002;324:860-885, 13 de abril)

<sup>65</sup> En una entrevista con el Dr. Szeming Sze, titulada “Los modestos comienzos de la OMS”, publicada en Foro Mundial de la Salud Vol. 9, No 1 (1988) pp. 30-35, considero que el acuerdo llegado con respecto a la definición de salud se debió al hecho de la presencia de un psiquiatra como participante en la Constitución de la OMS, y su interés estribaba en incluir las patologías mentales. Por otro lado, el mismo Dr. Szeming afirmó quería en la definición una referencia a la aspecto preventivo. Dicha definición no fue enmendada desde 1948.

*manifestaciones de las infertilidad*” (Chilik y Bruno-Olmedo, 2003). Sólo en algunos casos concretos se ha podido determinar una etiología específica.

Pero lo problemático de esta construcción no termina en estas consideraciones. Se sabe que entre un 10% y 15 % de las “parejas infantiles” son clasificados en la categoría de “*infertilidad sin causa aparente, inexplicada o idiopática*”, cuando no exhiben ninguna alteración objetiva que lleve a un diagnóstico definitivo luego de haberse considerado todos los factores de la infertilidad.

En consecuencia, la peculiaridad de la construcción de la infertilidad como enfermedad, impone cautela con respecto a las críticas de la doctrina específica. Acertadamente se cuestiona el modelo médico por no dar cuenta (excluir) las influencias de los factores socioculturales y psicológicos en el origen y causa de la enfermedad. Pero la paradoja es que esta crítica puede confluir con la “nueva” ideología médica. En esta última, son los factores emocionales y psicológicos los que son posibles de ser medicalizados o, mejor dicho, los que vienen a ocupar el lugar de la etiología específica centrada en lo “biológico”.

En efecto, sostenemos que la salud y la enfermedad son tanto hechos biológicos como sociales y que es necesario cuestionar la representación de la enfermedad como una desviación de la norma biológica (promedio); o sea, una condición que puede ser cuantificada, objetivada y, por tanto, universalizada sin tomar como referencia a las características específicas de una población y/o grupo concreto. No obstante, la concepción ambigua de la salud definida por la OMS, permite a la medicina reproductiva volver irrelevante las causas específicas de la esterilidad/infertilidad. La concepción de salud sobre la cual se sustenta la infertilidad como patología convierte a esta última en un cajón de sastre que engloba situaciones dispares.

Pero hay que ir más allá de esta afirmación porque la historia de la medicalización del embarazo y parto demuestra que el proceso biopsicosocial de la procreación fue reducido a estado patológico bajo gestión exclusiva de los expertos médicos. Esto significa sostener que, por procesos sociohistóricos complejos analizados por Illich y Foucault, la vida social devino ampliamente medicalizada. Y esta medicalización no se ha reducido a aquellos afecciones con determinada etiología específica, sino a situaciones con una fuerte



valoración social que cualquier desvío de su “normalidad” pudieron ser integradas al discurso médico.

En este sentido, la gestión técnico-médica de la reproducción no es ajena a la influencia de la ideología de la maternidad y a los valores en que se fundamenta. Esta ideología supone que la maternidad es un “hecho natural” deseado y última meta de todas la mujeres. A decir de Silvia Tubert, *“un conjunto de estrategias y prácticas discursivas que, al definir a la feminidad, la construyen y la limitan, de manera tal que mujer desaparece tras su función materna que queda configurada como el ideal (...). La ecuación mujer = madre no responde a ninguna esencia sino que es una representación o conjunto de representaciones producida por la cultura”* (1996:8). La ideología de la maternidad constituye como norma la identificación concepción y crianza de los hijos a partir de una capacidad biológica de las mujeres, y aquellas que se niegan a realizar sus “instintos naturales” son consideradas desviadas, egoístas o perturbadas. *El ideal maternal* está constituido por valores, deseos, prescripciones y prohibiciones, proporcionando una imagen común para todas la mujeres. La prescripción más influyente en la ideología de la maternidad es la obligatoriedad del amor al niño, la ternura protectora, la incondicionalidad absoluta y constante. El amor puro es el modelo sobre el cual se ha construido el modelo de maternidad vigente.

Este ideal maternal no da lugar a las diferencias individuales, *“todo lo que no coincida con esa imagen idealizada es catalogada de anormal o patológica, y hace sentir inadecuada y culpable a la mujer que experimente sentimientos contrarios a ese ideal”*(...)

La medicina ha sabido usufructuar este ideal maternal *“ha sido a causa de su privilegio biológico que la mujer ha sido controlada a lo largo de la historia, y aún hoy, el poder y el saber médico intentan controlar tanto la sexualidad como la capacidad generadora de la mujer”* (75). La justificación biológica del mito de la maternidad como necesidad universal de las mujeres, es lo que se constituye como norma.

Pero las contradicciones de esta ideología se hacen presente cuando no se espera que las mujeres solteras, lesbianas o viudas deseen reproducirse dada su condición civil. La ideología de la maternidad confirma la idea de que las parejas heterosexuales se reproducen “naturalmente”. La reproducción es un proceso natural para ellas (y de ahí que cualquier problema sea una enfermedad antinatural que debe ser tratada); como un propósito primario

de su existencia conjunta, (de ahí que cualquier problema sea un trastorno urgente y necesariamente mutuo). La reproducción se convierte así en la condición normal de la pareja heterosexual, y cualquier fracaso en cuanto a su cumplimiento justifica la intervención médica. Tratamiento que no se reduce al intento de “curar” una anomalía anátomo-fisiológica, si no a calmar la angustia de la mater/paternidad. Un problema complejo con una fuerte valoración social es transformado en problema médico.

Como se ha visto, las mujeres mayores de treinta años necesitan más de un año para concebir -entre dos a tres años- pero son igualmente consideradas como enfermas o, mejor dicho, la edad avanzada de la mujer es vista como un periodo patológico. De igual modo, la infertilidad por causas inexplicadas también se torna patológica. Sin embargo, lo que sucede es que existe una reducción de la probabilidad de embarazo en cada ciclo menstrual, y no tanto de las posibilidades de concebir en un plazo más largo. En efecto, al principio, la curva de probabilidad de concebir asciende mucho más deprisa en las mujeres más jóvenes; al cabo de 24 meses las mujeres de 27-34 y 35-39 años alcanzan valores similares por encima del 90 % en (Dunson, Human Reproduction, 2002). Muchas de las parejas diagnosticadas como infértiles porque no logran concebir en un año, lo consiguen dentro de los 12 meses siguientes. Por lo tanto, la infertilidad de “causa desconocida” suele ser nada más que *fertilidad inferior a la media* (Daily Telegraph 4-VII-2002).

Como sostuvo una editorial del New England Journal of Medical (1996, 340:224-226) bajo el título de “Management of infertility”, el aumento de la percepción de la infertilidad como problema (de 5,7% en 1988 a 7,7% en 1995 en EE.UU) se debe a la mejora en las técnicas incluyendo el crecimiento del número de servicios que compiten por más clientes. El marketing reproductivo ha creado la percepción que las intervenciones hacen toda la diferencia entre tener un bebé en un periodo relativamente corto de tiempo y estar condenado/a de por vida a la esterilidad. En tanto la infertilidad es una construcción médica el criterio temporal para definirla confunde la incapacidad permanente para concebir con la dificultad para hacerlo con relativa rapidez. (Birke, 1992)

Este es el caso paradójico de los padres de los primeros “bebés de probetas” argentinos nacidos en 1986. A la edad de 21 años Eliana Delaporte quedó, tras realizarse una FIVTE, embarazada de trillizos: dos nacieron por cesárea y uno de ellos murió poco antes del parto. Este hecho fue reconocido como todo un acontecimiento científico local,

pero “por esas casualidades de la naturaleza, los Delaporte tuvieron después otros dos embarazos espontáneos”<sup>66</sup>. (Clarín: 7/12/01, resaltado original). ¿Qué criterios fueron utilizados para considerar como infértiles esta famosa pareja ? ¿Fueron criterios anatómo-fisiológicos, genéticos o simplemente se desconocían la causas?. Obviamente, desde el orden médico no se problematizó el hecho de que en ausencia de un causal definido el gran evento científico local constituyó un experimento reproductivo.

Este saber “a medias” de la corporación no significa entonces abandonar el afán de “cura”. En efecto, es la misma ASRM quien considera que, “muchas parejas con uno a tres años de infertilidad inexplicada concebirán espontáneamente” (Idem. 11/2002). Y aunque no haya acuerdo sobre cuál sería el mejor “tratamiento empírico” en estos casos, se sugiere para la infertilidad inexplicada, “tratamiento con drogas inductoras de la ovulación por 3 a 6 ciclos combinados con inseminación intrauterina, seguido de FIV o transferencia tubárica de gametos (GIFT)” (Op.cit. 11/2002).

Es necesario, entonces, además de no subestimar la falta (o poco conocidas) etiologías específicas de la infertilidad, tener presente que cualquier experiencia vivida de la fertilidad y la infertilidad pueden devenir medicalizadas aún cuando dependan de la interacción de procesos biológicos, sociales y psicológicos. Y preguntarse porqué la medicina reproductiva tienen el monopolio de las respuestas cuando la infertilidad/esterilidad se muestra como un problema. La Infertilidad/esterilidad puede afectar tanto a hombres como mujeres, pero no afecta de la misma manera dado que esta asociada a la construcción de lo femenino y masculino. La esterilidad masculina ideológicamente esta asociada a la impotencia; el no poder tener hijos suele entenderse como relacionada a la sexualidad y a la amenaza de la virilidad. Tener hijos aparece entonces concretizando la virilidad heterosexual. La orientación heterosexual es tomada como atribución de paternidad y de masculinidad. Por esto, para el hombre, hacer un hijo además de constituirlo como padre, atestigua su virilidad atribuida a la masculinidad. (Gomes Costa, 2002: 344-34)

---

<sup>66</sup> Los artífices de estos nacimientos fueron los Dres. Roberto Nicholson, Roberto Coco y Nicolas Neuspiller. Transfirieron 6 embriones, “ una vez hecha la transferencia Eliana estuvo boca abajo 5 horas para que los embriones se anidaran en el útero (...) en esa época todo se hacia en forma casera (...) en cada intento había 10 % de probabilidades de éxito”, recuerda uno de los médicos. (Clarín, 7/2/04).

Para las mujeres, en cambio, la esterilidad supone una amenaza a su feminidad ya que les impediría cumplir su “vocación natural” de madre. La presión que ejercen los mandatos sociales a través de los modelos propuestos, se constituyen por lo general, en fuentes de tensión y exigencia que solo se aquietarán con el embarazo y el acceso a la maternidad. (Moncarz 368) Cuando el embarazo no llega, esta situación suele configurarse como un factor determinante de la representación de si y por ende de su autoestima. Cuando la función de procrear no se cumple, suele desatar para quien la padece una angustia por el incumplimiento de un supuesto “*destino natural*”, y *la cruzada médica va tener como escenario ese cuerpo femenino, y que procurara transformarlo en uno de verdadera mujer*” (idem 369).

Si la identificación con el ideal de la maternidad esta asociada a lo femenino, la infertilidad remite al vacío, al no ser, al estigma, a la muerte. Cuando una mujer no logra embarazarse es la naturalidad de la maternidad lo que se pone en cuestión, naturalidad que sostiene la equiparación que se realiza entre femineidad y maternidad, entre infertilidad y enfermedad y entre tecnología reproductiva y terapéutica. La medicalización de los trastornos de la fertilidad, que realiza la fertilización asistida pretende transformar uniformemente a (casi) todas las mujeres en madres biológica, atributo que es considerado el único y propio de la condición femenina.

De este modo, la patologización de la infertilidad no esta exenta de ambigüedad desde el momento en que ésta es inseparable de una construcción ideológica que la delimita a priori como “anormalidad” ante la “normalidad” de la procreación. Sin embargo, al adquirir estatuto científico la infertilidad, es integrada al orden médico y se separa cada vez mas de lo que experimenta el “paciente”. El orden médico reproductivo quien constituye e instaura a la infertilidad como problema medico. Es el médico en tanto funcionario de la corporación médica-reproductiva “*el que hace posible la identificación mórbida y no a la inversa*” (Clavreul..). es él quien moldea la experiencia de lo que es ser infértil.

La medicina reproductiva moviliza las ideologías que permiten estigmatizar la falta de hijos como un fallo fisiológico, emocional o psicológico. Como se ha visto, “*la infertilidad es una enfermedad muy particular, porque más allá de no poder concebir, los pacientes son habitualmente personas sanas*”, según expresó el Dr. Marco Filicori, director del Centro de Endocrinología Reproductiva de la Universidad de Bologna (Italia): (VIVA;

*Clarín*, 10/2/02). Esta particular “enfermedad” excede al orden médico y a la vez permite la legítima intervención médica.

El saber médico al definir la infertilidad como enfermedad la integra en un corpus discursivo que condiciona su percepción haciendo difícil su desplazamiento por fuera del marco de las patologías. El discurso patológico se “interpone” entre el médico y el “enfermo”; el discurso médico es un discurso normativo lo cual implica que haya una sanción, la sanción terapéutica. Este discurso también se impone al médico pues su mirada ha sido “entrenada” para ver en cada problema una situación patológica. De ahí, entonces, que el lugar del médico reproductólogo permite crear ansiedades y presiones estimulando panaceas técnico-curativas disponibles para *todos aquellos sujetos* que atraviesan dificultades para procrear.

Aunque se desconozca muchos de los mecanismos que conducen a la infertilidad se parte de un corpus de saber médico consagrado, transmitido, y en continua expansión gracias a las posibilidades que las TR ofrecieron para profundizar en el conocimiento de la producción humana. Partiendo, entonces, de una serie de evidencias concretas, y de muchos supuestos basados en correlaciones entre diferentes variables, el paso siguiente es agudizar la mirada médica sobre el cuerpo de los/as sujetos para incluirlos y sellar así su entrada en el *discurso del amo*.

## **2. Las intervenciones diagnósticas**

Considerando que un hombre, una mujer o ambos pueden padecer algún problema para concebir, el primer paso en la medicalización de la infertilidad –y posterior intervención- es la realización de una serie de estudios para diagnosticar sus causas<sup>67</sup>. Según consideraciones expertas, estos estudios no deben durar más de dos o tres meses al cabo del cual debería tenerse el diagnóstico “exacto” del causal de la infertilidad. Situación que no siempre ocurre, extendiéndose el escrutinio médico durante meses.

### **2.1 el comienzo del vía crucis tecnoreproductivo**

- **La evaluación de la mujer** comienza con la confección de una historia clínica detallada y completa y la realización de un examen clínico<sup>68</sup>. Luego le serán solicitados los estudios que se consideren pertinentes:

Los expertos indagarán el factor ovulatorio mediante la confección de curvas de temperatura corporal basal<sup>69</sup>; dosajes hormonales específicos<sup>70</sup> (hipotálamo-hipofisarios, tiroideos, suprarrenales ováricos, etc.), ecografía ginecológica y biopsia de endometrio<sup>71</sup>.

El *factor cervical* será estudiado mediante la evolución de la espermomigración o la interacción entre el moco cervical y el semen, a través del *test post coital* (test Sims-Hughner) y el test de Kremer y evaluación del moco cervical<sup>72</sup>.

Para el *estudio de la integridad útero-tubo-peritoneal* los médicos efectuarán: histerosalpingografía<sup>73</sup>, laparoscopia<sup>74</sup>, histeroscopia<sup>75</sup> y faloscopia<sup>76</sup>. En el caso de

---

<sup>67</sup> La información que ha continuación exponemos fue extraída, en parte, de la pagina web de los centros de reproducción: Halitus ([www.halitus.com.ar](http://www.halitus.com.ar)) y Fecunditas ([www.fecunditas.com.ar](http://www.fecunditas.com.ar)). Dos de los centros más prestigiosos del país.

<sup>68</sup> La cual incluye conocer la edad de comienzo de las menstruaciones, su ritmo, las diferentes enfermedades padecidas, las operaciones quirúrgicas sufridas, la historia sexual y la relación afectiva de la pareja. El examen ginecológico es realizado para descartar alteraciones que pudiesen impedir el embarazo, desde la ausencia de órganos hasta malformaciones de la vagina, cuello uterino y el útero.

<sup>69</sup> Utilizada para saber si existe ovulación, el medico le pide a la mujer que tome su temperatura rectal antes de levantarse y anotarla consignando el día del ciclo correspondiente. Un cambio de 0,5 a 1 indica que la ovulación ha ocurrido.

<sup>70</sup> En el dosaje hormonal en sangre es analizada: la hormona Folículoestimulante (FSH), Luteinizante (LH), Prolactina (PRL) y Estradiol (E2). También las hormonas que reflejan el funcionamiento de la glándula tiroidea: Tirotrófina (TSH), Triiodotironina (T3), Tiroxina (T4), Anticuerpos antifracción microsomal (AFM). Y dosajes de andrógenos: Dihidroepiandrosterona (DHEA), y Testosterona (T).

<sup>71</sup> Consiste en extraer una pequeña muestra de endometrio, la pared que recubre el útero.

<sup>72</sup> El moco cervical es producido por la mujer en la mitad del ciclo, en el caso de presencia de espermatozoides, éstos mejoran su calidad para luego ascender y alcanzar la trompa para fertilizar el óvulo. Por infecciones o disfunción hormonal el moco puede alterarse y volverse hostil.

<sup>73</sup> Es una radiografía del aparato genital femenino, la cual permite apreciar a la cavidad uterina y a las trompas. Se realiza con la vejiga vacía, se canaliza el cuello del útero con un catéter y se inyecta un colorante visible a los rayos X. Se toman radiografías para demostrar el llenado de la cavidad uterina, el pasaje a través de las trompas y su salida.

<sup>74</sup> Es una intervención quirúrgica que sirve para inspeccionar el interior del abdomen y el aparato genital interno. Se efectúa con anestesia general, se insufla con dióxido de carbono, para separar los órganos y hacerlos mas visibles a la mirada médica. Requiere de una incisión en el abdomen por la cual se inserta una aguja que contiene una fibra óptica y otra para colocar un mano auxiliar en casa de querer "reparar anomalías". Permite visualizar la trompas, útero y ovarios, realizar biopsias, succionar folículos en tratamientos de FIV, etc. Se completa con la introducción de un colorante vía vaginal para detectar bloqueos. No es una intervención inocua.

<sup>75</sup> Se usa para examinar el útero y corregir algún problema en el mismo. Se realiza con anestesia general o local. Se utiliza una fibra óptica que se introduce en el útero vía vaginal. Es usada para realizar biopsias de endometrio.

evidencias de problemas anatómo-fisiológicos se procederá a la corrección de las mismas por medios quirúrgicos. En caso de ser mujeres anovulatorias generalmente se recurrirá a la terapia hormonal. Cuando estas intervenciones no alcancen para permitir la concepción se podrá recurrir a alguna de las diferentes técnicas reproductivas<sup>77</sup>.

1. **Evaluación del hombre** comienza, como en la mujer, con un historia minuciosa de los antecedentes personales, quirúrgicos, familiares, matrimoniales y sexológicos. Indagación sobre los antecedentes médicos previos: si padeció paperas con inflamación de testículos (fiebre Urleana), hernias, testículos no descendidos al nacimiento (Criptorquídea), traumas en los testículos, diabetes, infecciones urogenitales, ambiente laboral, si es fumador, bebedor, etc. *El examen físico* esta dirigido a evaluar el aparato genital, y permite verificar alteraciones “no diagnosticada previamente” como ser el tamaño de los testículos, la consistencia, la presencia de varicocele, etc.

De los exámenes complementarios en el hombre el principal y siempre rutinario es el análisis del semen: el espermograma. Servirá para “*conocer el volumen del eyaculado, la viscosidad, el pH, la cantidad de espermatozoides, su movilidad y morfología, además de la información sobre las vesículas seminales, la próstata y el factor inmunológico*”<sup>78</sup> (Fecunditas).

Entre los tests realizados sobre el espermatozoide para evaluar su capacidad fecundante figuran: **test de hamster**, el **test de hemi-zona** y el **most**, que informarán sobre el comportamiento del gameto sobre las capas que rodean al óvulo y su capacidad de penetrarla y de fecundar. Otros estudios realizados son: análisis genéticos, infecciosos, hormonales, histológicos e inmunológicos. Entre los histológicos se encuentra la biopsia testicular para evidenciar la conformación de los tubos seminíferos, el diámetro de los mismos, el espesor de la pared tubular, el epitelio germinal y si la espermatogénesis\* es completa (usado también para estudios genéticos: constitución cromosómica de las espermatogonias\*, espermatoцитos\* primarios y secundarios).

---

<sup>76</sup> Es una técnica especializada que se usa para examinar la luz interna de las trompas de Falopio. Se realiza bajo anestesia y una fibra óptica es colocada en la trompa por vía vaginal.

<sup>77</sup> Es muy difícil saber si realmente se cumple el orden de los tratamientos. Generalmente quienes recurren a los centros de reproducción que disponen de alta tecnología son mujeres y hombres que ya han atravesado diversas alternativas de tratamientos en hospitales, clínicas privadas, etc.

<sup>78</sup> Para la realización del espermograma se solicita al varón una abstinencia sexual de 3 o 5 días. La muestra, obtenida mediante masturbación o por relación sexual con un preservativo especial, debe ser entregada al laboratorio en un tiempo no mayor de una hora desde su obtención

Estudios genéticos: examen de cromatina sexual: es un estudio simple que se realiza con el raspado de la mucosa bucal y servirá para detectar el número de cromosomas X que tiene un varón. El varón “normal” tienen cromatina sexual positiva. Los varones que sufren azoospermia tienen cromatina sexual positiva. Estudio de cariotipo: realizado en linfocitos de sangre periférica sirve para conocer la constitución cromosómica del individuo. Estudio cromosómico de los espermatozoides. Frente a un espermograma anormal, sobre todo en aquellos que padecen de oligozoospermia y aztenozoospermia, el propósito es conocer el riesgo genético reproductivo sobre todo por el peligro de contener translocaciones recíprocas, fusiones céntricas e inversiones, frecuentes en varones con semen “anormal”<sup>79</sup>.

Entre los estudios hormonal-endócrino: Las hormonas FSH, LH, testosterona, E2, tiroidea, permitirán conocer el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal. Entre los inmunológicos: la presencia de inmunoglobinas A, G y M en la superficie del espermatozoide que pueden causar infertilidad. Los anticuerpos IgA. También se realizarán estudios de Doppler para determinar la dirección del flujo venoso (diagnóstico de varicocele). Por último, estudio deferente-vesiculografía que se utiliza para evaluar la permeabilidad de los conductos deferentes y el estado de las vesículas seminales. Este último es indicada en caso de sospecha de obstrucción de vías espermáticas.

## 2.2 ¿Sobre quienes recaen los estudios médicos?

Esta sintética descripción de los diversos estudios y tests dirigidos a encontrar las causas de la infertilidad evidencia por un lado, la relación directa entre el desarrollo de tecnología diagnóstica y la proliferación de un serie de categorías médicas. La medicalización apoyada en artilugios técnicos permite agudizar la mirada médica (la fibra óptica es la extensión del ojo humano que visualiza en lo profundo del útero, las trompas, el abdomen, los ovarios, etc.). El cuerpo es convertido en depositario de signos (fisiológicos, genéticos, inmunológicos, hormonales) que han de ser descifrados y objetivados. Cada tipo de infertilidad debe residir *en el cuerpo* expuesto a la mirada experta

---

<sup>79</sup> Estudio de los genes de la azoospermia AZF, Estudio de las mutaciones del gen CFTR, Estudios de las repeticiones del triplete CGT y Estudios de las repeticiones del triplete CAG



y ninguna parte del mismo, relacionada al sistema reproductivo, quedará ausente del escrutinio médico.

Ese cuerpo, expuesto a la técnica, ese cuerpo del “paciente” es un cuerpo que no es sujeto pues, “*se han abstraído de él todas la particularidades históricas que lo determinan*” (Nievas, 1998:180). Este efecto de despersonalización no es contradictorio con el interrogatorio inicial, pues éste está predefinido y tiene la función de decantar todo lo que a priori es considerado “superfluo” o no-hechos, innecesarios para conocer las causas. Por ejemplo, no importa si para lograr la fecundación existan presiones sociales y/o emocionales que pueden influir en la concepción. Tan sólo importa, en el contexto inquisitorial, si el acto sexual ha sido realizado periódicamente y como “corresponde”.

Y esto es porque otras causas “no visibles” para el orden médico no son ni pueden ser objeto de estudio. Porque lo que el médico observa es lo que puede ser inscripto en cierto campo de saber con exclusión de cualquier otra cosa y sea útil para constituir un diagnóstico que tenga alguna coherencia. El discurso médico es “*una violencia ejercida sobre las cosas*” (Foucault: 1999); es decir, impone cierta mirada en el dominio por él constituido y es, en efecto, el diagnóstico apoyado en complejas tecnologías lo que funda ese dominio.

Lo que sella entonces la entrada del/la “infértil” en el discurso médico es el nombramiento de la enfermedad mediante el diagnóstico: **Ud. padece infertilidad por...** “*La violencia no aparece aquí mediada más que por la endeble cortina ideológica del saber reificado*” (Nievas, 1998:183). El “infértil” es así empujado a desprenderse de toda interpretación subjetiva de lo que le sucede, a mirarse como otro, a desconfiar de lo que experimenta. El/la paciente actualiza sus “dolencias”, pero dado que es incapaz de darle un orden (médico), tiene que ser guiado/a por el experto que carga con un saber monopolizado para armar el rompecabezas que los signos le presentan. Esta *violencia ejercida sobre las cosas* permite la inscripción de todos aquellos signos en un horizonte médico a la vez que excluye todo aquello que podrían haber sido interpretado desde otros horizontes discursivos posibles.

El discurso médico reproductivo es un discurso totalitario pues no hay razón alguna del sujeto que pueda oponerse a él. El médico puede –y en efecto lo hace– pedir el consentimiento de su “paciente” para realizar sus análisis, pero se trata de una precaución

más formal que real. Los/las sujetos no saben exactamente a qué se exponen con dichos análisis que se les proponen, y el médico no puede explicarlo todo so pena de perder su control. Y no habrá contradicción alguna en el discurso del amo si los signos no se presentan a la “mirada”. Siempre habrá un significante que englobe ese no-saber o, mejor dicho, ese saber inconcluso: las causas “inexplicadas” o “idiopáticas” se harán presente para justificar la violencia ejercida sobre los cuerpos, para intervenir tecnológicamente los “problemas” de la fertilidad.

No son, entonces, los imperativos técnicos por sí mismo los que dan al médico el poder sobre los cuerpos, cuerpos que no son personas. Por el contrario, es el discurso mismo y sus condiciones de posibilidad lo que permiten al medico reproductólogo prolongar su campo de intervención y posteriormente conquistarlo.

### **2.2.1 El cuerpo no es neutro**

No obstante, no por ser la infertilidad una construcción discursiva los estudios diagnósticos son menos invasivos e inoocuos para la salud de los sujetos. Sobre todo porque los diversos exámenes y tests no recaen de la misma manera sobre hombres y mujeres. En efecto, dado el mayor papel biológico de la mujer en la reproducción los estudios mas invasivos están dirigidos a ella ( v.gr. laparoscopia o faloscopia). En cambio, los estudios evaluativos en el hombre son en general poco invasivos –generalmente se realizan en el esperma- y además poco onerosos.

No obstante, estas características fisiológicas distintivas no alcanzan para dar cuenta del porqué son las mujeres quienes padecen la mayor cantidad de estudios. Sobre todo porque un 35 % de la infertilidad (ASRM; SAEF) puede deberse a factores masculinos (la OMS considera que un 59 % de la infertilidad de la pareja es causada por el hombre) y un 35% a factores femeninos y el 30 % restante a un combinación de ambos. Sin embargo, los médicos reproductólogos aconsejan que *“aunque la causas residan exclusivamente en uno de ambos cónyuges, se aconseja que la pareja consulte para una mejor comprensión y apoyo mutuos”* (Fecunditas, 2). Deberíamos preguntarnos comprensión para quién, si para el deseo de conocimiento médico o para los sujetos implicados en ese saber. También

deberíamos preguntarnos si tras de la “pareja” no existe una presunción de patología sobre la mujer justificada en que su “anatomía es destino”.

Los médicos consideran que la infertilidad es una “enfermedad de la pareja: *“partiendo de la base de que la pareja infértil forma una **unidad biológica**, ya no es posible hablar exclusivamente de infertilidad femenina o masculina, puesto que en muchos casos sólo es posible determinar una subfecundidad de ambos cónyuges [esta situación] nos lleva a insistir que se trata de un problema que afecta a dos personas y que el médico dedicado a la práctica de la medicina reproductiva debe considerar a dos personas”.*” (Madera, 2002). Como vimos la distribución de las causas de infertilidad por sexos cuestiona esta afirmación ampliamente sostenida; sólo un 30% de las causas son de origen mixto. Por otro lado, esta caracterización está negando el hecho de que mujeres y hombres solteros pueden tener problemas para concebir independientemente de su condición civil. Estar *en pareja* se convierte en condición necesaria para ser infértil y *unión biológica* se torna sinónimo de comportamiento heterosexual. Es decir, determinadas características sociales, (de género y orientación sexual) son leídas en clave biológica. Desde la perspectiva médica, se confunde tratamiento de la infertilidad con tratamiento para la pareja heterosexual.

Esta construcción discursiva de la pareja infértil, de la unidad biológica, sirve para excluir tanto a las mujeres solteras como a las parejas de lesbianas. Las prácticas médicas no se ejercen como vimos en un vacío social, sino que están condicionadas por las representaciones sociales que el saber médico ayuda a (re)producir. Entrevistada la Dra. Polak, del Centro de Salud Reproductiva (CER), sobre cuál es la actitud (“la tradición”) de los médicos de los médicos locales ante las demandas por TR de mujeres sin parejas, sostiene:

*“bueno, no tenemos ley, pero tenemos desde la Sociedad Argentina de Esterilidad y Fertilidad (SAEF), lineamientos que forman parte del proyecto de ley que fue apoyado en asamblea general por todos los integrantes de esta sociedad. Esos lineamientos aconsejan –aconsejan, no obligan- tratar a parejas heterosexuales y con fines terapéuticos (...) pero esto no quita que existan individualidades. Y eso no quita tampoco que se puedan plantear, en el comité de ética de las SAEF, situaciones sumamente particulares”. ¿por ejemplo?. El de una mujer totalmente*

*sana, psicológicamente estable, que tiene dificultades para ovular y necesita de un tratamiento para quedar embarazada*". Clarín, 3/02/02).

En el imaginario social, de la mujer soltera que médicamente es considerada infértil no se espera que se reproduzca, porque es justamente soltera. Por lo tanto, su condición médica no se traduce en una condición social que merezca "tratamiento". El comité de ética que debe discutir si es legítimo o no legítimo embarazar a una mujer soltera "sana" y "psicológicamente estable", que esta sola pero "*tienen una familia que la acompaña, amigos ... un marco contenedor*" (Idem, 02), son tratadas diferencialmente en relación a las destinatarias "legítimas" de las TR. La supuesta apertura progresista de algunos médicos a las "*formas nuevas de buscar ser mamá*" (Op.cit, 02) diferencia a la mujer soltera de la mujer que es parte de una "pareja infértil".

La "infertilidad" de las parejas gay o lesbianas es evidente; pero como no se espera que ellas conciban mediante sus relaciones sexuales, esa condición no es anormal, y tampoco puede decirse que requiera tratamiento. Con respecto a si una pareja lesbiana podría ser contemplada por el tratamiento, la Dr. Polak no dudó en confirmar que el orden medico se confunde con el statu quo al cual responden sus prácticas: "*quiero serle sincera: en nuestro medio, sería imposible (...) porque somos distintos y nos cuesta debatir abiertamente, son prejuicios, muchos temas.*" (Op.cit, 02).

Este es, en efecto, un orden médico que no oculta su compromiso con las desigualdades de género y de orientación sexual, que trata como a "pacientes" de segunda a aquellos que tienen las mismas demandas que las parejas heterosexuales. El "tratamiento" es visto como un instrumento para revertir un anormalidad (falta de hijos) de la pareja heterosexual aún cuando uno de los miembros sea el fértil. En este sentido, no se cuestiona - ni necesitará de Comité de ética- que una mujer debe ser "tratada" cuando es completamente fértil pero no lo es su pareja (hombre), cuando esa misma mujer podría concebir con otro hombre (Sommer; 1995:105).

Así, las ciencias biomédicas consideran a la reproducción humana como un mero proceso fisiológico que necesita exclusivamente de la unión de dos sexos para que se "encuentren" óvulo y espermatozoides. Esta concepción biologicista reduce las potencialidades de las TR para disociar entre sexo y procreación -y por ende la potencialidad de nuevas formas de entender la relaciones sociosexuales y parentales- a la

figura de “unidad biológica” (heterosexual) y permite enfatizar en los “fallos de la pareja infértil”.

Así, unas técnicas, supuestamente creadas con fines médicos, son convertidas en un dispositivo que, al menos en nuestro país, refuerza la idea de un orden natural centrado en la pareja heterosexual y sus “propios” hijos”. En este sentido, al estimular la esperanza de obtener un hijo de la “propia sangre” (que sólo es posible en algunos casos) (re)produce la idea de la propiedad sobre los hijos y favorece a concebirllos como una mercancía que puede conseguirse en el mercado.

Por otra parte, esta concepción biologicista de la procreación invalida a priori cualquier otro saber que no se amolde al horizonte del discurso médico y a su supuesta objetividad, *“la investigación de los factores que impiden la concepción en la especie humana ha sido realizada en tiempos pasados sin bases científicas reales y sujetos a una serie de tabúes, prejuicios e inclusive supercherías, pero desde hace aproximadamente dos décadas y media atrás, son analizados, estudiados y sometidos a la terapéutica adecuada con objeto de solucionar la imposibilidad de concebir y finalizar con el estado de angustia y frustración que aquejan a esas”* (Madera. 2002, resaltado nuestro).

Evocar lo orígenes siempre es constituir un mito y ese mito vienen a apuntalar la ideología. La selección de hechos y su presentación es una opción al servicio de lo que se intenta instaurar. La referencia temporal es, en efecto, el año 1978 cuando se produjo el primer nacimiento exitoso por FIVTE. Fecha mítica que marcaría un antes y un después, el punto cero del saber científico reproductivo libre de cualquier superchería.

De este modo, el discurso totalitario del amo conjura las consideraciones históricas, económicas y sociales que fueron las condiciones de posibilidad del desarrollo de las TR. Condiciones que, como vimos en otra parte, permiten entender que las “terapéuticas adecuadas” no se deben tanto al genio de figuras como la de P. Steptoe o R. Edwards como a la histórica experimentación sobre las mujeres por parte de los hombres de “ciencia”.

Cuando Robert Edwards como representante de la orden médico reproductivo considera que, *“Nosotros no creamos vida. Simplemente hemos hecho lo que hacen todas las demás ramas de la medicina: ayudar a la naturaleza”* (entrevista, Clarín, 22/4/98), ubica a las prácticas reproductivas en un campo de científicidad legitimado. Amurallado detrás de la ideología de la neutralidad y objetividad científica el saber-poder médico

pretende quedar absuelto de cualquier juicio ajeno a su campo (político, social, ético.). Como representantes del orden reproductivo se erigen en juez y parte de las consecuencias de sus prácticas.

En el próximo apartado veremos que los reproductólogos hacen algo más que “ayudar” a la naturaleza: produce hechos “biológicos” y crean riesgos iatrogénicos innecesarios. Es decir todo en nombre de ayudar a la “naturaleza”, a la pareja (heterosexual) infértil.

## CAPITULO QUINTO

### El cuerpo intervenido: la implicaciones físicas de las TR

#### 1 ¿Tratamientos, experimentos o Medicina del Deseo?

Una primera cuestión al abordar a las prácticas biotecnico-reproductivas es definir exactamente la naturaleza de estas prácticas. Es decir, si los procedimientos en los que intervienen técnicas reproductivas y aplicación de hormonas externas constituyen tratamientos curativos o algún otro tipo de intervención práctica.

Todo tratamiento médico tiene como objetivo revertir un proceso de enfermedad en particular o aliviar la presencia de signos y/o síntomas incapacitantes, pero en el caso concreto de la infertilidad, la finalidad –al menos manifiesta- de las intervenciones médicas es permitir el nacimiento de un niño. Esto significa que si la infertilidad no es estrictamente una enfermedad entonces, estamos frente a *intervenciones sin finalidad curativa manifiesta*<sup>80</sup>. Admitir que la finalidad de los procedimientos con TR es conseguir el nacimiento de un niño no es lo mismo que tratar una enfermedad.

Existen, sin duda, casos donde puede hablarse de tratamientos de la infertilidad que intentan curar un problema fisiológico (cirugía de trompas, obstrucción de los tubos deferentes) u hormonal (terapia hormonal en mujeres anovulatorias sin TR), pero no es el caso de las TR dado que las mismas no pueden eliminar la infertilidad sino “salvar un obstáculo”, es decir se constituyen como prótesis reproductiva.

En este sentido, es necesario diferenciar entre una medicina preventiva y curativa y una *medicina del deseo* que constituye el nuevo sesgo de la tecnociencia médica. Tradicionalmente restaurativa o fisiológica la medicina es cada vez más *transformadora* o *remodeladora*. Este nuevo paradigma médico aspira a instaurar otro orden superando condicionamientos biológicos. La medicina desiderativa y sus correspondientes prácticas de

---

<sup>80</sup> ¿Podríamos admitir que estamos frente a un tratamiento paliativo, es decir el que intenta aliviar u ofrecer el máximo bienestar al paciente porque no se puede alcanzar un tratamiento curativo?.

intervención pueden ser entendidas como prácticas permutativas, es decir, tienden a reemplazar las diferentes funciones u órganos del cuerpo (Mainetti; 1994 25-26).

La biotecnología, la medicina de transplantes y la procreación artificial son claros ejemplos de este nuevo paradigma. La diferencia entre ésta última y las anteriores es que no fueron creadas para curar la infertilidad sino para suplantar, en ciertos casos, una “falla” corporal y en otros ni siquiera existe un problema reconocible. No obstante, la búsqueda del niño a cualquier precio se justifica habitualmente mencionando el deseo del hijo, consigna “mágica” que parece legitimarlo. Friedman, uno de los padres de las TR, señala que sus intervenciones son en efecto parte de una medicina del deseo, una clínica que no se funda en la pregunta ¿qué le duele?, sino ¿qué desea usted?. La medicina reproductiva es un *self-service* de técnicas puestas a disposición de su clientela (Tubert;1991:266).

Por otro lado, como se ha visto, la historia de las TR y, en especial, de la FIV es una historia de progresivos experimentos llevadas *in vivo* sobre el cuerpo de las mujeres. Si el progreso de la medicina se fundamenta en el ensayo y error, y el cuidado de la vida es inseparable de su capacidad de matar, entonces los procedimientos de la medicina reproductiva llevan -por su propia naturaleza experimental- tantos riesgos como éxitos pretende demostrar.

## **2. Las tecnologías reproductivas de alta complejidad**

Para analizar críticamente los efectos *en el cuerpo* de las TR es necesario profundizar en los tecnicismos de las prácticas médicas reproductivas. Corriendo el riesgo de volver tediosa la lectura, describiremos con cierto detalle los complejos pasos que harán posible realizar tanto una fecundación *in vitro* y transferencia de embriones (FIVTE) como una microinyección de espermatozoide (ICSI). Es necesario ahondar en ese saber técnico, monopolio de la medicina reproductiva, para profundizar qué es lo que en efecto se hace con los cuerpos y distinguirlo de lo que se dice que se hace con ellos (en los medios de comunicación, revistas de vulgarización científica, etc.).

### **2.1 Fecundación *in vitro* y transferencia de embriones (FIVTE):**



En primer lugar, hay que considerar que las etapas técnicas para realizar una FIV son, con ciertas modificaciones, la base para la mayoría de otras técnicas usadas en el mercado reproductivo (ver Apéndice informativo: A). Segundo, es necesario aclarar que un ciclo de tratamiento no garantiza el embarazo por lo cual, no es excepcional que deba realizarse dos, tres, cuatros o más FIV para alcanzar el embarazo, que tampoco garantiza que llegue a término.

Así pues, la voz “in vitro” indica que la fertilización es realizada fuera del cuerpo de la mujer en una pipeta de laboratorio, es decir, que se trata de una fecundación extracorpórea. Si la fertilización ocurre, el embrión resultante es transferido al útero donde deberá implantarse. Los embriones creados en el laboratorio a su vez pueden ser transferidos en el momento (frescos) o haber estado criopreservados como resultado de otro ciclo de “tratamiento” (ver anexo: B). La FIVTE puede beneficiarse además de la donación de espermatozoides, de óvulos, de embriones y del alquiler de útero. En sus inicios, la FIVTE fue creada para aquellas mujeres cuyas trompas de Falopio se encontraban bloqueadas, dañadas o ausentes, pero actualmente su aplicación se ha extendido a casos de infertilidad por endometriosis y causas inmunológicas. Pero es cada día más habitual que la FIVTE se realice en mujeres fértiles en casos de *infertilidad por factor masculino* o por *infertilidad inexplicada*. Esta cambiante situación podemos entenderla como un caso de “**relleno estratégico del dispositivo biotecnológico-reproductivo**”, es decir la recomendación inicial para realizar una FIV (trompas obstruidas o ausentes) ha dado paso a situaciones que no estaban justificadas en sus orígenes, demostrando así que las intervenciones no son estrictamente un “tratamiento localizado” para una “enfermedad” específica.

**Los pasos básicos para realizar FIV son:** a) estudios previos –mencionados en la primera parte-, b) estimulación de la ovulación<sup>81</sup>, c) aspiración de folículos maduros conteniendo oocitos (óvulos), d) inseminación de los óvulos, e) transferencia embrionaria, f) seguimiento y recomendaciones post-transferencia.

**b) Estimulación de la ovulación o inducción controlada de la ovulación:**

En el procedimiento con FIV el proceso de ovulatorio será controlado y estimulado artificialmente mediante hormonas<sup>82</sup>. La estimulación, en la mayoría de los casos, es realizada en mujeres que ovulan normalmente y su objetivo es obtener un mayor número de óvulos –10 o más en lugar del único producido espontáneamente cada mes- para luego ser fecundados in vitro, y en consecuencia obtener un mayor número de embriones para ser transferidos al útero. La estimulación hormonal consta de dos etapas<sup>83</sup>. La primera, consiste en bloquear las descargas de LH de la hipófisis de la mujer. Esto se logra mediante la inyecciones subcutáneas diarias de agonistas y/o antagonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH)\* (también pueden usar inyecciones de depósitos o inhaladores). Una vez bloqueada la hipófisis de la mujer, que crean una situación de menopausia iatrogénica, se inicia la segunda etapa que consiste en estimular hormonalmente los ovarios de la mujer. Las drogas, usada para ello, son una combinación de dos hormonas con que normalmente la hipófisis estimula el ovario (hormona foliculoestimulante –FSH\*- y la hormona Luteneizante –LH\*-), llamadas genéricamente gonadotropina menopausica humana (HMG)\*. También se cuenta en el mercado reproductivo FISH pura lograda por tecnología de ADN recombinante\*. Dependiendo de los casos, se puede utilizar una combinación de anti-estrógenos (citrato de clomifeno) en asociación con HMG.

Si bien este bombardeo hormonal es condición necesaria para realizar una FIV (o ICSI), no fue así en sus inicios. El primer bebe nacido tras FIV (Louis Brown) nació de un ciclo natural. Pero actualmente, consideraciones de tipo gerencial (eficiencia-efectividad) justifican “tratamientos” hormonales para aumentar las chances de implantación y de embarazo a la vez elevan los riesgos de producir embarazos múltiples y diversos efectos iatrogénicos. Existen, pues, diversos protocolos de sobreestimulación ovárica que es necesario profundizar un poco más para dar cuenta cómo opera el control en un proceso que creíamos de dominio exclusivo de la mujer.

---

<sup>81</sup> Es el tratamiento tradicional de la infertilidad en mujeres con alteraciones hormonales que fue adaptado y readaptado tanto para la inseminación artificial como para las técnicas de alta complejidad.

<sup>82</sup> Para mayor entendimiento de la importancia de la estimulación inducida por hormonas exógenas, remitimos al punto XX del apéndice informativo donde se describe el papel de las hormonas en el proceso de fecundación y gestación sin intervención medica.

<sup>83</sup> Esta información fue extraída del modelo de “consentimiento informado” realizado por la REDLARA (Red Latinoamericana de Reproducción Asistida) para favorecer la uniformidad del mismo entre sus centros participantes. A continuación veremos que el proceso es mucho mas complejo.

### *Los protocolos de administración de hormonas:*

El citrato de clomifeno por vía oral (Clomid) junto a las gonadotropinas fue la primera recomendación para las mujeres bajo procedimientos con FIV. Sintetizada en 1956 y utilizada en ensayos clínicos a partir de 1960 fue la más usada para inducir la ovulación (Madera, 2002). Sin embargo, esta droga tiene algunos riesgos inherentes para la eficacia del control ovulatorio. Produce un pico espontáneo de la hormona luteinizante (LH) lo cual ocurre en un 20 % de los ciclos estimulados y conduce a la cancelación de la FIV o reduce la calidad de los oocitos.

Sin embargo, desde los 80 se ha extendido el uso de los análogos de GnRH\* que “*produce la supresión del eje hipofiso-gonadal con la consiguiente inhibición en la secreción de LH y FSH y de los esteroides sexuales*” (Chillick, 2002:22). Por lo tanto, los análogos ofrecen una alternativa al régimen tradicional y son útiles para “*preparar los ovarios para un desarrollo folicular sincrónico en respuesta de gonadotropinas, mejorando la respuesta folicular, la tasa de fertilización, implantación y por ende la tasa de embarazo*.” (Hughes, 2002:).

Los agonistas (GnRH<sub>a</sub>), usados desde 1984, son potentes estimuladores de la secreción de gonadotropinas y los antagonistas de GnRH son supresores de la función gonadotrófica de la hipófisis. Los primeros son “superovuladores”, pero en la práctica se reconoció sus propiedades para suprimir la producción de gonadotropinas por saturación de la hipófisis. Por esta razón, los GnRH<sub>a</sub> (leuprolide –Lupron-, buserelin, triptolerin y goserelin) pasaron a utilizarse en todas aquellas situaciones en que se debía lograr la inhibición en la secreción de gonadotropinas<sup>85</sup>. Los antagonistas (cetrolerix y ganirelix) tienen, por el contrario, un efecto inhibitorio directo sobre la secreción de gonadotropinas mediante la presencia continua del antagonista y en dosis mayor que la usada de agonistas para mantener la supresión pituitaria.

En la ovulación controlada médicamente los análogos agonistas de la GnRH son administrados mediante dos tipos de protocolos de inducción de la ovulación: el *protocolo*

---

<sup>85</sup> Ésta luego de una semana de aplicación producen la liberación de gonadotropinas (efecto flare-up) y la administración continua produce, luego de 1 o 2 semanas, una caída en los niveles de FSH y LH (downregulation).

*corto* y el *largo*<sup>86</sup>. De este modo, los expertos tienen un mejor control y pueden programar el mejor momento para extraer el óvulo. Testart, padre científico del primer bebé por FIV en Francia y actual crítico de las TR, considera que “*se puede programar con antelación casi con la misma certidumbre que una ablación de amígdalas, por ejemplo evitando los domingos*” (1994:46).

Estos protocolos son usados actualmente en todas las mujeres bajo FIV aunque se ha visto su superioridad sobre los tratamientos convencionales en pacientes denominadas “*respondedoras pobres o anormales*”. Ésta nueva categoría médica corresponder a mujeres que no responden como “deberían” a los protocolos cada vez más uniformizados en una terapéutica unívoca. Existe, pues, un verdadero encarnizamiento con estas “pacientes” sobre las cuales se experimentan variantes en los protocolos de estimulación, “*no solo porque son cada vez más frecuentes, sino porque también representan una ocasión para diferenciarse de la concurrencia de otros fivetistas y afirmar cierta competitividad en el mercado de la sanidad*” (Idem, 74)

El uso de los *antagonistas (GnRH antagonistas)* se ha extendido últimamente entre los protocolos de inducción controlada de la ovulación. Según se cree, la ventaja sobre los agonistas reside en la ausencia inicial de la liberación de gonadotropinas (Flare-up effect) que sucedía con la administración de GnRH $\alpha$ , y el riesgo de liberar los óvulos inmaduros como consecuencia de la liberación de la FSH y LH. Por el contrario, los antagonistas producen una más directa, inmediata y reversible supresión de las gonadotropinas (FSH y LH). Desde 1985, existe en el mercado reproductivo, y en Argentina, una nueva generación de antagonistas sintéticos que están siendo usados en

---

<sup>86</sup> El protocolo corto: a las 12 horas de administración de agonista del GnRH los niveles de FSH\* aumentan 5 veces. Este ascenso inicial de FSH es útil para el reclutamiento folicular y, luego de 3 días de administración de los agonistas, se comienza con la administración con gonadotropinas para continuar con el desarrollo folicular, manteniendo la aplicación de los agonistas (Chillick, 2002: 26), hasta la decisión de reclutar los folículos mediante la aplicación de otra hormona: la hormona gonadotropina corionica (hCG)\* que permite la maduración final de óvulo. No obstante, este protocolo puede sufrir varios ajustes. Un régimen de *periodo micro corto de administración* por 3 días o por 7 días en la asunción que suprime el pico de LH. Y el *pre-tratamiento con progesteronas* durante la fase lútea media del ciclo precedente a la FIV, con el objetivo de programar el ciclo de la mujer y el tiempo de reclutamiento de oocitos. El protocolo largo: con este régimen, tanto la pituitaria como la desensibilización del ovario son inducidas por la administración de GnRH (de 10 a 14 días) en la etapa folicular temprana o en la fase lútea media del ciclo precedente a la programación de la FIV, cuando la desensibilización es obtenida. El primer control hormonal y ecográfico se realiza el día 6 de la medicación para regular la dosis de acuerdo a la respuesta de la mujer. Cuando se percibe un folículo considerado *apto* –en tamaño- para ser expulsado, se administra la hormona hCG. Esta es usada como reemplazo de la LH para lograr la maduración final del ovocito y la ovulación.

intervenciones de FIV (Cetrolix o Cetrotide)<sup>87</sup> para prevenir la maduración temprana de los óvulos, indispensable para proseguir con el procedimiento (Chillick, 2002: 28 y Lima-Couy y cols. 2002: 325; Hughes, 2002: 104-106).

Otra utilidad clínica citada en la literatura para el antagonista de GnRh es su utilidad para la descarga ovulatoria en reemplazo de la hCG, lo cual supondría evitar el síndrome de hiperestimulación ovárica, riesgo inherente a la administración de hCG. No obstante, este procedimiento no es efectivo para todas las mujeres por lo cual la *norma dominante* sigue siendo el uso de la hCG para inducir la ovulación (y aumento de riesgos). Los protocolos de administración de los antagonistas en la prevención del pico de LH durante la FIV son dos: el protocolo de múltiples dosis y el protocolo de dosis simple<sup>88</sup>.

Aún no hay consenso acerca de cuáles protocolos y qué análogos de GnRH son los más eficientes en el procedimiento con FIV y, por consiguiente, el ensayo y error es el método más utilizado. Existen cientos de artículos especializados discutiendo y comparando diversos protocolos de estimulación practicados en mujeres. Algunos creen que existen ventajas con los protocolos usando antagonistas (Chillick, 2002) por la buena tolerancia de las pacientes al antagonista. Habría que agregar que éstos aumentan el control médico y puede ser aplicados de manera estandarizada a todas las mujeres. No menos importante es el impulso de las grandes corporaciones farmacéuticas de una tercera generación de análogos de GnRH.

- *SopORTE a la fase lútea:*

---

<sup>87</sup> El acetato de cetrorelax o Cetrotide, del gigante farmacéutico Serono, debe aplicarse entre 6 y 7 inyecciones, a diferencia de los métodos tradicionales, que requerían entre 20 y 27 inyecciones para lograr un buen resultado. Pagina 12, 19 de agosto de 1995).

<sup>88</sup> En el primero, se aplican inyecciones diarias de bajas dosis de antagonistas que van desde el sexto día de la estimulación ovárica usando gonadotropinas exógenas, y cuando el desarrollo multifolicular y la secreción de Estradiol puede disparar un pico endógeno de LH. Se utiliza la droga llamada orgalutran y es útil para prevenir el pico de (LH) antes de la administración de (hCG). En el protocolo de dosis simple una larga dosis de antagonista (Cetrotide) suele ser efectivo para posponer el pico de (LH) en ciclos de FIV. No obstante, numerosos estudios han notado que el número de folículos ováricos, los oocitos colectados y la tasa de embarazo tienden a ser bajos en relación a los obtenidos con el protocolo largo de GnRH. La razones de esta diferencias aun son poco conocidas y puede estar parcialmente relacionado al protocolo de antagonistas de GnRH (Hughes, 2002.) Los antagonistas también son usado en forma conjunta con el Clomifeno y gonadotropinas en las ya nombradas "pacientes bajas respondedoras" (Chillick, 2002: 31, Hughes, 2002: 106).

La progesterona (P)\* y el Estradiol (E) tiene un rol central en el mantenimiento de la reproducción humana<sup>89</sup>. En ciclos estimulados, la fase lútea difiere de la natural siendo en aquellas mas cortas. Por esta razón, el soporte a la fase lútea fue ampliamente adoptado y esta política fue reforzada con el avenimiento de las GnRHα. Pero, como admiten los propios médicos, “*el uso de esteroides exógenos luego de la estimulación ovárica con gonadotropinas y antagonistas de GnRH es cuestionable*” (Chillick, 2002, 31, Hughes, 2002, 109)

- *El monitoreo del tratamiento*

Los objetivos del monitoreo de los ciclos tratados son el control de la maduración folicular, el tiempo de administración de la hCG y la reducción del inicio del ciclo. Otros propósitos, son el monitoreo del ovario par prevenir el riesgo del síndrome hiperestimulación ovárica en casos de alta respuesta ovárica o detectar un baja respuesta ovárica y así proceder a un nueva estimulación. Esto es válido tanto para los programas de FIV (ICSI) como para inseminación artificial

**c) *Rescate o aspiración de oocitos:***

La aspiración de los óvulos se realiza por vía transvaginal bajo control ecográfico<sup>90</sup>. Este es un procedimiento realizado en quirófano, con anestesia general aunque puede realizarse con anestesia local y analgésicos. El transductor ecográfico se coloca en la vagina y emite ondas de alta frecuencia, las cuales se transforman en imágenes de los órganos genitales en el monitor. Cuando se identifican los folículos maduros se guía a través de las vagina una delgada aguja que aspira los oocitos de los folículos.

Otra forma de aspirar los folículos es con laparoscopia (usada ya en el diagnóstico y en la técnica GIFT). También es un procedimiento realizado en quirófano y con anestesia general. A través de una pequeña incisión a nivel del ombligo, se coloca una delgado tubo.

---

<sup>89</sup> La producción de esteroides sube a los 4 días después de la ovulación y continua a ese nivel por un semana, bajando 5 días antes del próximo periodo menstrual. Durante este tiempo, la (P) es secretada de un modo pulsátil. La producción ovárica de estas hormonas es crítica para el mantenimiento del embarazo.

<sup>90</sup> La mayoría de los oocitos aspirados después de la inducción del desarrollo folicular con hormonas se encuentran en estado de metafase II, indicado por la presencia del primer cuerpo polar (etapa diploide), el cual es generalmente expulsado a las 36-40 hora tras la inyección de hCG. (Gianaroli y cols. 2002, 211).

Mirando a través del laparoscopio se dirige la guía hacia los folículos ováricos para aspirar los oocitos y el líquido folicular (CEGyR).

**d) Inseminación- fertilización y cultivo del embrión:**

Una vez aspirados los oocitos se examinan en el laboratorio y se los clasifica por su madurez. El día de la aspiración folicular, el varón entrega una muestra de semen: esta muestra en su gran mayoría es obtenida por masturbación. En casos de azoospermia se obtienen los espermatozoides por cirugía (ver mas adelante). Luego y en el laboratorio se separa el plasma seminal de los espermatozoides. Con este objetivo existen diversos procedimientos cuyo fin tiende a separar los espermatozoides con mayor movilidad de aquellos inmóviles o muertos<sup>91</sup>. Los espermatozoides móviles se colocan junto a cada oocito obtenido, en placas de contienen medios de cultivo y son incubados a una temperatura igual a la del cuerpo humano. En algunos casos, en los cuales se puede obtener muy pocos espermatozoides o existe un factor masculino severo, existe la posibilidad de usar las técnicas de microinyección de gametos (ICSI).

Luego de efectuada la inseminación en el termino de 16 a 18 horas, se comprueba la fertilización a través de la visualización de los pronúcleos masculino y femenino<sup>92</sup>. A las 12 hs. de la fertilización, el embrión obtenido se divide en dos células. Continúa el proceso de división celular y luego de 48 a 72 horas los embriones están listos para ser transferidos al útero. Como veremos, existe la posibilidad de seleccionar los embriones según su mayor calidad mediante el Diagnostico preimplantatorio para ser transferidos al útero.

**e) Transferencia Embrionaria:**

Este paso se realiza en forma ambulatoria y no requiere de anestesia. En posición ginecología se coloca un espejulo para ver el cuello uterino. Los embriones a transferir, sumergidos en un medio de cultivo, se colocan en un catéter de transferencia, se lo guía a

---

<sup>91</sup> Técnica del Swin-up convencional y Swim up migracional y Centrifugación por gradiente de Percoll. La muestra ya preparada se guarda en un tubo cerrado a temperatura ambiente hasta ser utilizada.

<sup>92</sup> Luego de la fertilización, el numero de cromosomas en el oocito es reducido a la mitad (23 cromosomas) en el segundo cuerpo polar.

través del cuello y se coloca el contenido en la cavidad uterina. Luego de la transferencia la mujer debe guardar reposo por un período variable que es indicado por el especialista, por lo general entre 14 a 48 hs. En algunos casos la transferencia puede realizarse en las trompas, de ser así se utiliza laparoscopia.

**f) Seguimiento y recomendaciones post-transferencia:**

La mujer continua bajo control durante el periodo post-transferencia con el tratamiento indicado por el medico (aplicación de progesterona hasta confirmar el resultado del test del embarazo). A las 12 o 15 horas posteriores a la transferencia de los embriones, se realiza la primera determinación en sangre de la sub-unidad Beta de hCG como prueba diagnóstica de embarazo. Si el embarazo es comprobado la mujer es controlada desde el punto de vista obstétrico por el equipo del centro al cual recurrió o por el médico que la ha derivado al centro.

## **2.2 Inyección intracitoplasmática de un espermatozoide ( ICSI)**

Antes de la creación de la ICSI fueron utilizadas otras técnicas de micromanipulación de gametos que pretendían forzar la zona pelúcida del óvulo para que el espermatozoide lo fecundara (disección parcial de zona -PDZ-, o inserción subzonal del espermatozoide -SUZI- ) o de facilitar la implantación embrionaria en otros. (ver Anexo: C). Pero dichas técnicas iban asociadas a importantes tasas de poliespermia\*. Esto cambiaría con la introducción de nueva técnica mas invasiva.

La ICSI es una *técnica de FIV modificada* que implica la introducción directa de un espermatozoide en el interior del citoplasma del ovocito mediante un sistema de micromanipulación muy complejo (un microscopio especial de alta resolución) al cual se le adosa un sistema de pequeños brazos que sujetan micropipetas, que regulan sus movimientos. A través de las micropipetas se fija un óvulo y con otra se le inyecta un único espermatozoide recuperado ya sea del eyaculado o del testículo. (CEGyR).

Creada con otros fines a los reproductivos (manejar células, microdisección del cromosoma) comenzó aplicarse en seres humanos (Palermo y cols, Bélgica, 1992) sin



previa experimentación en animales. Dichos científicos reportaron los primeros embarazos y nacimientos “exitosos” en seres humanos y actualmente junto a la FVTE es la técnica de alta complejidad más aplicada en diversos casos de esterilidad/infertilidad.

**Los pasos de la ICSI** son los mismos que para realizar una FIV/TE a excepción de la microinyección: 1) estimulación de la ovulación, 2) rescate o aspiración de oocitos, 3) *inyección de oocitos*, 4) transferencia embrionaria.

Según los reproductólogos, la experiencia juega un rol decisivo en el éxito de esta técnica, *“siendo común iniciar con bajas tasa de fertilización en los primeros ciclos, que mejorarán con la práctica adquirida y a medida que los problemas iniciales se vayan superando. El empleo de ICSI requiere indudablemente de una curva de aprendizaje antes de alcanzar resultados satisfactorios (...) para lograr tasas de fertilización y embarazos exitosos con un número de ciclos cercanos al centenar, es decir luego de microinyectar 1.000 ovocitos”* (Madera y cols. 2002). Es decir, el ensayo y error es la mejor manera de ejercitarse en esta técnica sin embargo, la materia prima para este aprendizaje siguen siendo los óvulos “rescatados” del cuerpo de la mujer previo bombardeo hormonal, y las ya conocidas punciones laparoscópicas o transvaginales.

Esta técnica fue creada para casos de infertilidad masculina severa, es decir cuando estamos frente a una esterilidad irreversible. Procedimientos como la inseminación artificial intrauterina, la FVTE tradicional fueron usados para casos de infertilidad masculina de larga duración cuando no había terapias específicas. Generalmente en este tipo de infertilidad el número de espermatozoides eran escasos, lo cual resultaba en bajas tasas de éxito, pero el desarrollo de la ICSI vino a cambiar esta situación. El factor masculino se lo define como la presencia de menos de 500.000 espermatozoides móviles en el total del eyaculado, pero al no influir en la tasa de infertilidad, un solo espermatozoide con cualquier tipo de movilidad garantizaría su vitalidad.

La ICSI es utilizada en casos de oligoastenozoospermia, astenozoospermia total, azoospermias obstructivas y no obstructiva (ver primera parte). En casos de azoospermia obstructiva puede utilizarse las técnicas de microcirugía de recuperación de espermatozoides del epidídimo o del testículo, que partir de 1993 se diseñaron para la recuperación espermática. También es utilizada en casos de

factor masculino inmunológico (presencia de anticuerpos antiespermatozoides), casos de espermatozoides con acrosomas anormales o ausentes.

Nuevas aplicaciones de la ICSI se realizan en casos de *falla total de fertilización en ciclos convencionales previos de FIV e independientemente de la etiología* (Idem, 2002), dado que las probabilidades de fecundación en sucesiva por FIV tienden a declinar. En estas fallas totales se incluyen la *infertilidad inexplicada*, y factores ovocitarios en especial aquellas “*pacientes malas respondedoras a hiperestimulación ovárica*”, casos donde solo se recuperan no más de 4 o 5 ovocitos por ciclo, con objeto de asegurar la mayor fertilización exitosa posible y disponibilidad de más embriones transferibles.

Pero además, se utiliza en aquellos pacientes sometidos a radio o quimioterapia que previamente han criopreservado su semen y en los cuales se tratará de utilizar el mínimo número de unidades para hacer posible una cantidad mayor de ciclos con la muestra disponible. Se utilizó ICSI para microinyectar ovocitos humanos maduros criopreservados, ovocitos inmaduros luego de su proceso de maduración in vitro y utilizando tejido testicular criopreservado.

### 2.3 Nuevos desarrollos de la técnica ICSI

Nuevas variantes en micromanipulación con ICSI han ido desarrollándose para aquellos casos donde la producción de espermatozoides maduros es inexistente (fallo completo de la espermatogénesis): la *Inyección intracitoplasmática de espermátidas redondas* (ROSI) y la *Inyección intracitoplasmática de espermátidas elongadas* (ELSI).

Para producir la fecundación es microinyectado el óvulo con espermátida incompleta (célula germinal incompleta) o solamente el núcleo de la misma al interior del citoplasma ovocitario. Si la espermátida utilizada es redonda se la denomina **ROSI** y si es elongada **ELSI**. Veremos que el uso de espermátidas inmaduras tienen riesgos “teóricos” importantes inherentes a su falta de desarrollo.

Uno de los últimos desarrollos técnicos es el conocido con el nombre de *Transferencia intratubaria del óvulo microinyectado* (SOFT), y se ha desarrollado como variante de la FIVTE-ICSI. Sin embargo su utilización en Argentina es poco conocida como para ser tratada en este trabajo. (ver Anexo: A).

Como vemos la aplicación de ICSI se ha extendido desde su objetivo inicial, abarcando los casos donde el espermatozoide es insuficiente, morfológicamente anormal, cuando la FIVTE tradicional falla o por causa inexplicada. Pero también es utilizada para fecundar un óvulo con el semen congelado de un hombre enfermo (cáncer) mediante el uso de su esperma congelado. Se sabe además de técnicas para inducir la eyaculación como la vibroestimulación o la electro-eyaculación que son aplicados en hombres parapléjicos para realizar una ICSI (Tournaye; 2002:90),

En suma, esta variante de la ICSI se ha desarrollado con el objetivo de permitir la paternidad en casi todos los casos donde antes era imposible (esterilidad). Dicho de otro modo, esta técnica suprime las barreras que la naturaleza ha dispuesto para que los espermatozoides que fecundan el óvulo sea los de mayor calidad. Aproximadamente de los 50 millones de espermatozoides por ml. de esperma, sólo uno alcanza al óvulo y lo fecunda, pero la técnica ignora la selección natural y es por este motivo que pueden transmitirse anomalías congénitas a la descendencia. Volveremos sobre esto.

### **3. Fivetistas vs críticos de las TR: un recorrido por la literatura médica**

Vamos a considerar ahora la discusión producida entre fivetistas y críticos de las TR para dar cuenta de que no existe una opinión homogénea acerca de las “bondades de los tratamientos”. Como es de esperarse la corporación médico-reproductiva sostiene un discurso acrítico con respecto a sus propias prácticas mientras que, médicos no reproductólogos están preocupados por los “efectos” de las TR más allá de los pretendidos éxitos. También podremos apreciar que los efectos iatrogénicos que ponen en riesgo la salud no son, de ningún modo, cuestiones secundarias como creen los expertos en reproducción.

#### **3.1 Los hijos a cualquier precio o los costos “aceptables” de la maternidad**

Existen 6 efectos iatrogénicos aceptados por los reproductólogos:

a) **El Síndrome de Hiperestimulación Ovárica (SHO):** es la compilación inmediata más seria que aparece en las mujeres sometidas a la estimulación ovárica. La SHO comprende una serie de alteraciones inducidas iatrogénicamente poco comunes y que potencialmente ponen en amenaza la vida de la paciente. Se trata de una respuesta exagerada del ovario luego de la administración de hormona gonadotropina coriónica (hCG) exógena. Se supone que la razón de su aparición con el uso de agonista (Lupron) radica en el hecho de que el pico de hormona luteinizante (LH) se ve abolido con estos fármacos, de manera tal que se elimina uno de los mecanismos protectores del organismo que evitan una actividad ovárica excesiva (Madera, 2002).

La incidencia del SHO reportado es de un 8% al 23 % para el grado leve y 0.5 a 7 % para el severo<sup>93</sup> (Kaiser, 8/2103, NEJM, vol 349:729). La *sintomatología* se inicia con una sensación de distensión abdominal, seguida de estado nauseoso, vómitos y diarrea. Puede progresar hacia un estado de completa pérdida de apetito y letargo. La presencia de respiración entrecortada y/o disminución de la diuresis constituyen síntomas de particular significado de morbilidad, con acumulación de ascitis. *Los signos clínicos* pueden incluir varios o todos de los siguientes estados: aumento de peso, anuria, hemoconcentración, leucocitosis, hipovolemia, desequilibrio electrolítico, ascitis, derrame pleural y/o pericárdico, síndrome de dificultad respiratoria, hipercoagulación con secuelas trombóticas y finalmente, falla orgánica múltiple. Se han reportado casos mortales (Idem, 2002).

Es sabido que tanto la hormona gonadotropina menopáusica como la hormona gonadotropina coriónica son la causante del síndrome. Por tanto, esta complicación fisiológica iatrogénica es el producto directo del advenimiento de las TR, ya que la SHO ocurre espontáneamente en raras ocasiones<sup>94</sup>. (Idem, 2003)

La prevención del SHO, según los expertos, se reduciría a: modificar los regímenes de estimulación, establecer nuevos protocolos, aspirar y lavar los folículos, la no administración de hCG, abandono del ciclo de tratamiento hasta que no haya peligro y

---

<sup>93</sup> que es severo y que es leve no está claramente definido, considerándose un estado intermedio entre ellas. Se han planteado una tipología del síndrome que no consigue consenso, quedando a la buena experiencia del médico el adelantarse al SHO...Madera, 2002....)

<sup>94</sup> Si bien aun es desconocida la patofisiología del síndrome se sabe que está relacionada con la hormona HCG. Espontáneamente el SHO se presenta en raras situaciones durante el embarazo, de embarazo múltiple y ectópicos. (Smits y cols. 8/21/03 NEJM, vol.349-766).

advertir a la pareja de abstenerse sexualmente por 2 o más semanas. Es de resaltar que en el estado severo de SHO la mujer debe ser hospitalizada para su cuidado.

b) **La formación de quiste ováricos:** que usualmente aparecen en la fase inicial de tratamiento con GnRHa cuya incidencia oscila entre un 14 y 29 % de los ciclos. En caso de presentarse es necesario una intervención quirúrgica para aspirarlos.

c) **la incidencia de embarazos múltiples.** Es otra complicación iatrogénica importante.

Se ha confirmado complicaciones obstétricas y neonatales en los embarazos resultantes con TR, no solo de embarazos múltiples sino también en los únicos. La alta tasa de prematuridad (13% en comparación con el 6% de la población normal), bajo peso al nacer (15% frente 10%), y mortalidad en estos bebés. La edad de la mujer influye en el resultado obstétrico cuando supera la media de aquella con embarazos espontáneos.

Los embarazos múltiples son raros que se produzcan espontáneamente, estimaciones de embarazos triples espontáneos hablan de 1: 7.925 y de cuádruples de 1: 600.000 partos. Sin embargo, el avance las TR y sus ciclos de estimulación ha incrementado los embarazos multifetales. Los riesgos y complicaciones maternas debido a este tipo de embarazos incluyen: anemia, preeclampsia, diabetes gestacional, venas varicosas, edema de miembros inferiores, tromboflebitis, aborto, hemorragia anteparto, dolor y parto pretermino, retardo en crecimiento uterino, ruptura prematura de membranas, accidentes del cordón, presentaciones y posiciones fetales anómalas (que lleva indudablemente a practicar cesáreas), hemorragia post-parto, anomalías fetales, óbitos fetales, etc., que incrementa la mortalidad fetal, morbilidad materna, morbilidad y mortalidad perinatales. Los bebés de bajo peso al nacer (<2500g) tiene casi 40 veces más probabilidades de morir en el periodo neonatal, en comparación con los bebés de peso normal.

d) **Embarazo ectópico:**

La utilización de fármacos de ovulación está asociado a una incidencia mayor de embarazos ectópicos en mujeres “infértiles” en comparación con la población general. Su incidencia con las TR varía entre 4 % a 11% mayor que el 0,8 de la concepción espontánea (Madero, 2002) para otros, ronda entre un 1,4% y 1,6% por sobre 4% y 14% ( Romeu y

cols. 2002). También es común que tras un procedimiento con TR se de la coexistencia de un embarazo uterino con un ectópico (embarazo heterotópico) también raro en los embarazos espontáneos (de 1:5.000 mientras que es significativa tras una TR con tasas que varía entre 1:83 a 1:200).

**e) *La pérdida gestacional***

Los abortos es de un 20% y 30% como resultado de los procedimientos. Esta situación de abortos recurrentes se cree que esta relacionada con la relativa mayor edad de las mujeres sometidas a estos tipos de procedimientos para lograr un embarazo. La edad avanzada se asocia a anomalías cromosómicas en el ovocito, y por ende del embrión resultante. Esta situación no es de asombrar ya que la mujeres tratadas con FIV e ICSI son cada vez mas mayores. Por ejemplo, para Latinoamérica en 1990 el 66,5% de la mujeres tratadas eran menores de 35 años y las de 40 o más años formaban el 8,7% años. Para 1998, sólo un 50,4 % de las mujeres era menores de 35 y las de 40 o más del 13, 9%. En el año 2001, las mujeres entre 35-39 años representaban el 37,7% y 14,1% para las mayores o igual a 40 años. (REDLARA registros de 1990, 1998 y 2001). Para Estados Unidos, la edad de la mujer descendió de un 71 % en 1996 a 69 % en 2001 en el rango de 25-39 años.(CDC, National Report, 1996 y 2001).

**f) *Predisposición al cáncer ovárico:*** Varias publicaciones han relacionado el uso de drogas en los tratamientos de infertilidad y estimulación ovárica con la causa de cáncer en las mujeres que las han recibido. No obstante, no se ha podido establecer una relación causal entre cáncer de ovario y la superestimulación. Algunos creen, moderando la discusión, que las drogas podrían despertar predisposiciones genéticas de ciertas mujeres al cáncer de ovario. (Sommer, 1994).

**g) *El riesgo de menopausia prematura***

Se debería a un desgaste de la reserva folicular por reiteradas estimulaciones medicas. Se estima que los folículos- y por tanto los óvulos- reclutados en un solo ciclo de hiperestimulación equivale al producto de dos años de ciclos ovulatorios espontáneos. De esto se desprende que la hiperestimulación produce un desgaste ovárico importante. En Latinoamérica, un porcentaje importante de las mujeres sometidas a hiperestimulación son

por causas desconocidas (10, 4%) o por causas masculinas (11,3%). Esto significa que un 21, 8% de la mujeres corren el riesgo de volverse menopausicas prematuras paradójicamente por los “tratamientos de la infertilidad”.

**h) Torsión ovárica:** el ovario hiperestimulado puede duplicar o triplicar su tamaño normal. El peso aumentado y la distensión abdominal, puede facilitar su torsión estrangulando el sistema vascular lo que origina intenso dolores cólicos. Si no se resuelve espontáneamente se produce muerte celular, destrucción y hemorragia ovárica. La respuesta a esta situación iatrogénica es quirúrgica, por laparoscopia ya sea destorsionando el ovario o extirpándolo. (RedLara: 2001, 13)

### **3.2 ¿Los efectos iatrogénicos “ocultos”? Más efectos por los embarazos múltiples.**

Un estudio francés (Garel y Bondel, 1992, *Hum. Rep.* Vol7, 729-732,) da cuenta de los efectos psicológicos negativos en mujeres que tuvieron trillizos luego de un año de haberles realizado una FIV y GIFT, y encontraron problemas de depresión, estrés, aislamiento social, dificultades para relacionarse socialmente, etc. Entre los factores causantes estaban: falta de ayuda en el cuidado de los niños (tanto familiar como del sistema de salud), poco tiempo para realizar actividades sociales, etc.

Diversas discusiones y controversias fueron publicadas con respecto a los riesgos de las TR (Sutchiffe, *BMJ*, 2002, 325:117-118). Según opinión de un pediatra, el parto gemelar no puede ser considerado un éxito para las prácticas de TR (Reindollar, *Contemporary OB/GY*, 2/9/02). En otro artículo, el mismo autor, cuestiona los efectos iatrogénicos innecesarios de la carrera por alcanzar el embarazo cuando no llega, que comienza con la aplicación de clomifeno-inseminación intrauterina (IU), seguida de gonadotropina (FSH)-(IU), para luego terminar con una FIV. (*Contemporary OB/GY*, 1/9/00). Asimismo, resalta los peligros, aún no confirmados claramente, de provocar cáncer de ovario y útero debido a la excesiva exposición a las hormonas. Concluyendo que es necesario replantear los protocolos de estimulación ovárica para crear uno menos invasivo y limitado a casos concretos.

Otros autores, (Hamberger, *Contemporary OB/GY*, 1/5/02), consideran la necesidad de reducir el riesgo de embarazos múltiples transfiriendo un único embrión. En el mismo artículo, se destaca que en los países Nórdicos, donde por ley sólo se permite transferir un solo embrión, el porcentaje de embarazo a término es de 35 % a 38 %, similar a cuando se transfieren 3 o 4 embriones.

Un estudio sueco de cohortes retrospectivo comparó los desordenes neurológicos entre 5.680 niños nacidos por FIV con 11.360 de un grupo control (Koren, *Journal Watch Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1/1/2002), demostrando que, en general, los niños nacidos con FIV requirieron más servicios médicos que el grupo control. Los menores presentaron desordenes cerebrales severos, en especial algún tipo de parálisis cerebral, confirmado que los niños concebidos por FIV tienen entre 3 a 4 más posibilidades de padecer estos trastornos. El riesgo de retardo mental también es mayor entre 2 y 4 veces, y una mayor tendencia a padecer severos problemas visuales que la población en general. Asimismo, el estudio notó que el riesgo de estos desordenes ha aumentado conforme se han difundido las técnicas in vitro y aún más porque los embriones son transferidos en lotes y nacen de partos múltiples.

Otro estudio (Marc y Frits, *Contemporary OB/GY* 2/902) analiza datos sobre nacimientos (Estados Unidos, año 2000) del Centro Nacional de Estadísticas en Salud revelando que las nacimientos gemelares ascendieron en un 50 % (29,3/1000 vs 18,9/1000 nacimientos vivos) y que los nacimientos triples o más se cuadruplicaron (487% 180/100.000 vs 37/100.000 nacidos vivos) desde 1980. Los embarazos múltiples (triples y más) en EE:UU se cuadruplicaron para mujeres de 30 años y unas diez veces más para la mujeres de 40 años. Este dramático ascenso es atribuido al crecimiento de las TR y nuevos tratamientos de la infertilidad que utilizan gonadotropinas exógenas. El estudio, resalta los costos psico-sociológicos para los padres y los costos económicos para el sistema de salud debido a la carga asistencial por los embarazos múltiples, y analiza las causas que contribuyen a este aumento (tecnología, la actitud de médicos reproductólogos, la demanda del paciente, la cobertura social privada y los medios de comunicación).

En otro estudio similar (March of Dimes Birth Defects Foundation, *contemporary OB/GY*, 1/7/03), se discute los factores que contribuyen a los embarazos múltiples en



EE.UU considerados ya como una *nueva epidemia* (edad materna avanzada, postergación del embarazo, el impacto de la seguridad social y la presión de los pacientes).

**i) *Los riesgos de las hormonas de la “fertilidad”:***

Las hormonas exógenas poseen en sí mismas efectos adversos para la salud de la mujer y son relacionadas por los médicos reproductólogos. Entre los efectos secundarios del acetato de clomifeno se encuentran: síndrome vasomotor; síntomas visuales y en algunos casos disminución severa de la visión y anomalías del moco cervical. Desde problemas abdominales pasando por vómitos, náuseas y dolor de cabeza hasta insomnio, depresión nerviosa, entre otras. También puede producir un aumento del tamaño del ovario y habría evidencias, no compartidas, de malformaciones asociadas así como un alta tasa de nacimientos prematuros.(Sommer, 1994).

A pesar de todas estas complicaciones, como vimos, se considera que el problema reside en que el clomifeno es poco “eficiente” para los procedimientos de FIV o ICSI ya que permite obtener un número menor de folículos comparado con otras drogas. Este criterio, fue lo que llevo a los expertos a “pobrar” nuevas drogas .

La introducción de los análogos de la GnRH supuso un mejor control del proceso ovulatorio y una mayor eficacia traducida en un incremento del numero de oocitos recuperados. No obstante, los riesgos de los agonistas (a-GnRH) como el lupron (nombre comercial) no parecen despertar demasiada la atención de los médicos si los mismos no están relacionados directamente con la eficacia de la hiperestimulación controlada.

El National Lupron Victims Network<sup>95</sup>, se ha dedicado a compilar información y a denunciar los efectos adversos de esta droga considerando que solo 1 % de las consecuencias negativas del lupron son reportada ante la Food and Drug Administration (FDA)<sup>96</sup>. La lista de efectos secundarios (325) difieren de las consideradas por la literatura

---

<sup>95</sup> Organización internacional fundada en 1993 y compuesta por hombres y mujeres que experimentaron problemas de salud aún después de abandonar el Lupron. [www.victimslupron.com.org](http://www.victimslupron.com.org)

<sup>96</sup> En 1999, la FDA recibió 4228 reportes de efectos adversos en mujeres que habían estado utilizando Lupron, y de 2943 reportes de hombres que estuvieron usándolo para el tratamiento del cáncer de próstata. A pesar de las diferencias de edad y género, fue asombrosamente similares. 325 consecuencias adversas por el uso del Lupron fue reportado para mujeres que resultaron en hospitalización, y adicionalmente 25 muertes causadas por la droga. Sin embargo FDA, no tomo ninguna medida al respecto ante la presión de la Asociación Americana de Medicina. Norsigina, Judy. Concerns about Lupron (Leuprolide acetate), used in the process of extracting eggs from women ( for IVF, researche cloning, and potentially for inheritable human modifications). 2002. Extraído de [www. BWHBC/articles&position.htm](http://www.BWHBC/articles&position.htm)

que se reducen a: acné, mialgias, visión borrosa, disminución del apetito, depresión, fatiga, pérdida del cabello, dolor de cabeza, incapacidad para orinar, insomnio, dolor de articulaciones (codo, tobillo, rodilla, etc.), disminución de la función pulmonar, pérdida de memoria, cambios de humos, quistes ováricos, edema periférico, entre otras .

Un artículo publicado en la prestigiosa revista *Human Reproduction*, afirma que el Luprolide puede producir anomalías en el desarrollo neurológico de bebés que fueron expuestos en la fase temprana y posterior a la concepción. (Lahat y cols. 1999, reproducido el National Lupron Victims Network). Este estudio considera que las complicaciones postnatales son: malformaciones congénitas mayores y menores, la recurrencia de paladar partido que requieren cirugía. A largo plazo, anomalías en el desarrollo neurológico, dificultades para hablar, dificultades motoras significativas, desorden de la atención y otros problemas colaterales como reflujo esófago-gástrico, vómitos frecuentes, asma bronquial, hemangioma, hipotonía moderada, entre otras.

#### **j) Los Riesgos para los bebés nacidos por FIVTE e ICSI**

Queda claro de lo dicho anteriormente que las TR incrementan marcadamente el riesgo de embarazo múltiple, produciendo enormes riesgos para la salud de las mujeres y la posibilidad de que el parto sea prematuro con niños con bajo peso y con riesgos de defectos congénitos. Pero además, existen varios riesgos relacionados a los niños nacidos mediante TR que los expertos reproductólogos no admiten tan fácilmente frente a la evidencia de colegas no reproductólogos.

Varios estudios publicados en la revista *New England Journal of Medical* demostraron que también en los *embarazos únicos conseguidos mediante TR* existen riesgos de que el recién nacido sea de bajo peso y que los niños nacidos por FIV e ICSI tengan mayores riesgos de defectos congénitos graves . Para Schieve y cols (NEJM marzo 2002, vol:346:731-37), investigadores del Centre of Disease and Control (CDC) de EE.UU, utilizaron datos de la población general referida a los nacimientos producidos en 1996 y 1997 mediante TR (42.463) frente a un grupo de control de nacimientos naturales (3.389.098). sus resultados fueron que en los embarazos únicos concebidos mediante TR, el riesgo de bajo peso era 2,6 veces mayor que en la población en general (6,5% vs 2,5%). Los niños nacidos durante 1997 mediante técnicas de reproducción supusieron el 0,6% del

total de nacidos de madres mayores de 20 años y sin embargo constituyeron el 3, 5% de los nacimientos de bajo peso y el 4,3% de los muy de bajo peso (<1500 g) del total de nacidos durante ese mismo periodo<sup>97</sup>.

Estos autores propusieron varias hipótesis sobre los mecanismos responsables de niños de bajo en partos únicos: el uso de la gonadotropinas humana o la mayor frecuencia de hipertensión gestacional en estas mujeres., niveles alterados de proteínas endometriales y una mayor incidencia de alteraciones estructurales de la placenta. Finalmente sugieren que en este tipo de embarazos se recurre más a la cesárea programa resultando en partos mas tempranos. Los autores sugieren que el exceso de la tasa de bajo peso al nacer debe ser atribuida al uso de estas formas de tecnología.

En otro estudio realizado por Hanser y cols<sup>98</sup>. (NEJM marzo 2002; vol. 346: 725-30). Describen como al año de edad la incidencia de defectos congénitos graves por la utilización de técnicas como ICSI y FIV es de 9,0% frente al 4,2% en la población general. Es decir, que los niños nacidos gracias a las TR tienen el doble de posibilidades de tener defectos congénitos graves que los nacidos espontáneamente durante el primer año de vida, y también de tener múltiples defectos congénitos. Entre los defectos graves de mayor incidencia se encuentran: defectos musculo-esqueléticos, urogenitales, cromosómicos y defectos en el desarrollo neurológico. Los autores del estudio en cuestión consideran que los factores que podrían influir en estas diferencias son: la edad avanzada de la pareja estéril, los fármacos utilizados para inducir o mantener el embarazo en sus fases iniciales y la técnicas en sí mismas.

La editorial que acompaña ambos estudios (Mitchell, NEJM: 346:769-770) hace una serie de interesantes consideraciones. Se cuestiona la utilización de estas técnicas en parejas consideradas teóricamente “infértiles”. Si bien hay una definición estándar de infertilidad otros factores como “la edad de la mujer” influye sobre la decisión de usar la tecnología. La explicación, considera la editorial, de porqué se ha extendido el uso de TR a mujeres sanas

---

<sup>97</sup> También han observado que los gemelos concebidos con el uso de medicación para estimular la ovulación pero sin uso de TR pueden también tener un incremento de riesgos de bajo peso al nacer y mayor que los ocurridos en la población en general

<sup>98</sup> analizaron simultáneamente los registros australianos de defectos congénitos, partos y procedimientos de reproducción asistida entre 1993 y 1997. Incluyó 301 niños concebidos con ICSI y 837 por FIV y 4.000 concebidos naturalmente. Los autores intentaron evitar así de esta manera los errores metodológicos de trabajos previos en los que las muestra eran demasiado pequeñas o no existía homogeneidad en el seguimiento de los recién nacidos. Una crítica común por parte de la corporación medica reproductiva

hay que buscarla en el crecimiento del número de especialistas en infertilidad y de clínicas que ha aumentado la competencia por la captación de clientes. El problema real consiste en el incremento de la publicidad de estos servicios dirigido al uso de parejas que, en años previos, hubieran esperado más tiempo para buscar ayuda médica. Y considera que es de esperarse que dicho “marketing” atraerá a parejas que deberían concebir sin ayuda de las TR. El mensaje sería claro: para aquellos/as con problemas para concebir, las TR ofrecen esperanzas con riesgos adversos que deberán ser considerados aceptables por la parejas.

**h) *El caso particular de la técnica ICSI:***

Con respecto a la técnica ICSI, desde 1992 hasta 1997 no se había realizado una supervisión sistemática de los niños concebidos por esta técnica. Sin embargo, nuevos estudios realizados aumentaron la inquietud sobre el éxito del ICSI que es considerada “nueva revolución” en el tratamiento de la infertilidad masculina.

La técnica en sí, al ser una etapa más invasiva que se suma a la FIV tiene riesgos inherentes a la manipulación de las gametas. La microinyección puede introducir ya sea un ADN extraño, un virus o un producto químico extraño, algunos de los cuales puede incrementar la tasa de malformaciones en los niños nacidos por dichas técnicas. Recordemos además que la utilización del ICSI en humanos ha sido realizada sin experimentación animal previa a fin de evaluar su inocuidad. Hemos también indicado que el ICSI cortocircuita toda competencia entre espermatozoides. Esto implica un salto en el proceso de selección natural y por tanto aumenta los riesgos de transmitir anomalías cromosómicas o genéticas a la descendencia.

De acuerdo a varios estudios el procedimiento de ICSI resulta en una “descondensación anormal” del pronúcleo masculino. (Henwiston y cols en Muñoz-Quiles y cols., Fertilidad; 2001, vol. 18-nº 2). En consecuencia, puede ocasionar trastornos cardíacos, afecciones en el sistema inmunitario y otras diversas perturbaciones. En esta hipótesis, las anomalías no serían resultado de la herencia paterna como sostienen otros especialistas sino que es el resultado de la técnica en sí misma.

Sin embargo, la Azoospermia<sup>99</sup> además de ser causada por fallas fisiológicas lo es también por anomalías cromosómicas y mutaciones génicas y, debido a esto, los riesgos de transmitir esas alteraciones al futuro niño es mayor con el uso de ICSI. En los últimos tiempos, se han ido probando las incidencias de defectos genéticos transmitidos en los bebés: presencia de cariotipo XXY (Klinefelter\*) después de ICSI; trisomía del cromosoma 21 de origen paterno después de ICSI; la transmisión de microdelecciones del Y\*, que eran genéticamente letales antes de la aparición del ICSI (Henwiston y cols en Muñoz-Quiles y cols., Fertilidad; 2001, vol. 18-nº 2); la transmisión de la translocación Robertsoniana t(13,14) a mellizos engendrados por ICSI; y la transmisión aparentemente inadvertida de mutaciones que producen inmovilidad el espermatozoides ( Solari, 1997). Los hombres XXY o con disomía del Y\* aún siendo pocos en la población (1/1000 varones nacidos vivos) posiblemente son portadores de complementos aneuploides\*, en una frecuencia significativa y por consiguiente son un riesgo para el ICSI (solari y Rey Valzacchi, 1997).

En suma, la distinción entre pacientes con riesgo elevado o bajo de transmitir anomalías genética a través del ICSI se ha planteado como un objetivo importante para los protocolos de ICSI. En este sentido, el riesgo de transmisión de mutaciones es del 50 % y el riesgo de expresión de las mismas, en caso de ser recesivas, es igual a la frecuencia de portadores importantes. El riesgo de transmisión de las microdelecciones del Y es del 50 % sin contar el sexo, y del 100% en el caso de ser varones. Con respecto a la anomalías cromosómicas, se creía que el Síndrome de Klinefelter y la disomía del Y serían pacientes de bajo riesgo, pero esta expectativa en el caso de la disomía de Y con bloqueo espermatogénico es infundada. En el caso del Síndrome de Klinefelter, que constituyó un caso paradigmático por el éxito en obtener embarazos, es muy probable que los pacientes tampoco puedan calificarse como de bajo riesgo ya que se ha observado que 28% y 30% de los espermatozoides eran aneuploides. (Idem, 1997 )

Sin duda, algunos expertos reconocen ciertos riesgos como lo hiciera el científico holandés Cees Jansen, *“Es cierto que los hombres azoospermicos tienen una chance mayor*

---

<sup>99</sup> La azoospermia (o ausencia de espermatozoides)) es causada por obstrucción o ausencia de los vasos deferentes o por anomalía en los espermatozoides. La azoospermia obstructiva se debe a una ausencia bilateral congénita de los vasos deferentes, por una falta irreversible causada por la vasectomía o por efecto de epididimitis inflamatoria. Y es la causa de infertilidad en un 1 o 2 % de los hombres infértiles. Hasta recientemente, con la llegada de la ICSI, era considerada como una esterilidad irrevocable y la única opción era la inseminación con donante. (Khalifa y Grudskas, *BMJ*, 1996, 312:5-6).

*de transmitir infertilidad, junto con otras anomalías como la fibrosis quística. Pero se ha calculado que si hoy el uno por ciento de la población masculina tiene este problema, llevará unas 300 generaciones, o sea, unos 600 años, para que el índice se incremente al dos por ciento”* (VIVA, Clarín, 10/2/02). Estamos, pues, frente a un pensamiento cortoplacista anclado en la “solución inmediata” sin preocupación de las consecuencias físicas de los futuros niños y de los efectos económicos y emocionales para las parejas y los efectos en el sistema de salud. Es interesante señalar que es, en efecto, a ese 1 % a quienes están dirigidas la ICSI, de modo que la demanda y oferta nacen de la propia industria reproductiva. Para aquellos hombres que eran considerados estériles la biotecnología creó nuevos instrumentos para acceder a la paternidad.

Pero tal vez esos efectos no sean tan graves dado que, *“lo peor que puede pasar es que lo hijos de estos hombres deban, a su vez, concebir con la ayuda de ICSP”*.(Idem, 2002) La demanda de hoy será la demanda del mañana, un “ejercito” de futuros hombres estériles no tendrán otra opción que recurrir al mercado reproductivo para ser padres. La industria reproductiva es un negocio que se perfila a largo plazo, el proceso de demanda se retroalimenta y se prevé una clientela asegurada. Sin embargo, hay una cuestión eludida por el citado científico, ¿qué sucede si lo que es transmitido por ICSI son anomalías congénitas graves, por ejemplo la fibrosis quística?. La respuesta es esquiva en este caso, pero habrá que buscarla en otros hombres de ciencia que ya crearon un medio técnico para solucionar estos “pequeños errores” producidos en parte por la FIV y la ICSI: el *diagnóstico genético preimplantatorio*. Pero esta cuestión será analizada en otro capítulo cuando discutamos las implicaciones eugenésicas de las TR.

### **3.2.1 Los riesgos aumentan con ELSI y ROSI**

Pero la controversia no termina aquí porque el uso de espermátidas redondas (mediante la técnica ROSI) o elongada ( por ELSI) usada en sustitución de la gameta masculina madura posee una serie de nuevos riesgos potenciales inherentes a la falta de

madurez de las mismas.<sup>100</sup> (Peinado y cols; 2002:54). Sin embargo, estas variantes se han convertido en las nuevas niñas mimadas de los médicos-empresarios que no desconocen que estas nuevas técnicas se asocian a una disminución de las tasas de fecundación y desarrollo embrionario dando lugar a embriones de baja calidad y descenso del porcentaje de embarazo. (Idem, 54) La identificación de una espermátida viva no es fácil porque no existen métodos viables para ello; se indica además de que es necesario mejorar las investigaciones sobre los numerosos factores asociados a la inmadurez nuclear y citoplasmática de las células germinales maduras; desarrollar transplantes de células germinales inmaduras a gónadas de la misma o distinta especie para completar la maduración hasta espermatozoide (huésped).

Frente al estado actual de estos nuevos métodos, se recomienda informar en detalle a los pacientes de la naturaleza experimental del tratamiento, lo cual supone ya una aplicación en humanos. (Idem, 55).

En suma, la transmisión de la infertilidad y anomalías congénitas a la descendencia es el precio a pagar por los hombres estériles que desean acceder a la paternidad biológica. Podría sugerirse que estas nuevas técnicas utilizadas para obtener un hijo biológico en casos de anomalías del espermatozoide facilitan a futuro un número de enfermedades que en caso de no aplicarse no se desarrollarían. En este sentido el fin justificaría los medios, la obsesión por la paternidad genética bien vale correr ciertos riesgos.

Pero Quizás el estudio más comentado en la literatura especializada y el más criticado por los fivetistas fue el de la epidemióloga Jennifer J. Kurinczk y cols. estudiando los defectos de niños nacidos por ICSI. En éste, compararon 4.220 niños nacidos por ICSI en Bélgica y 100.454 de niños nacidos sanos en el Oeste de Australia. Se clasificaron estos defectos utilizando el sistema estándar de clasificación, y compararon ambos resultados y encontraron que los niños nacidos tras ICSI tenían el doble de posibilidades de tener defectos mayores de nacimiento que niños de la población normal, y cerca del 50 % más de probabilidades de tener defectos menores. Los defectos iban desde defectos cardiovasculares, genitourinarios y gastrointestinales, y en particular, paladar partido y hernia del diafragma (*BMJ*, 1997, 315:1260-1265).

---

<sup>100</sup> Se desconoce si en las células germinales muy inmaduras el centrosoma es funcional o si el ovocito cuenta ya con las fuentes centrosomales maternas para la movilidad necesaria y obtención de fecundación.

Por último, es interesante para esta discusión retomar la discusión de senado francés ocurrida el 21 de enero de 2003 sobre la reforma de la ley de Bioética que incluye a la reproducción asistida. Veinte años después de iniciarse estas prácticas, Tanto Didier Sicard, Presidente del Comité de Ética, como Jean-Francois Mattei, Ministro de Sanidad, piden que se frene el actual “encarnizamiento reproductivo”. Desde 1995 a 2001 los embarazos múltiples han aumentado en Francia un 40 %, unos 12.000 más, responsables de 6.000 nacimientos prematuros suplementarios. EL debate acerca de las TR surge en Francia luego de publicarse en ese mismo mes en el Journal of Medical Genetics un estudio de la Universidad de Birmingham en el que, tras haber analizado a un grupo de afectados por el síndrome de Beckwith-Wiedemann (rara patología capaz de desencadenar tumores infantiles), ha observado que las personas nacidos por FIV o ICSI están más expuesta ha dicho síndrome que la población general (4% vs 1%).

El año anterior al debate un equipo del Hospital Infantil de Boston informó en el American Journal of Human Genetics de la asociación de la ICSI con el mayor riesgo del síndrome de Angelman. Trabajo corroborado por la Universidad Libre de Bruselas aparecido en la revista Molecular Human Reproduction, en noviembre de 200, y añadía además el síndrome de Prader-Willi. Y también en la Conferencia Anual de la ESHRE, el equipo de Philippos Patsalis, del Instituto de Neurología y Genética de Nicosia, en Chipre , liga otros efectos a la ICSI como el síndrome de Turner, y datos recientes coinciden que las anomalías en los cromosomas ligados al sexo podrían presentarse cuando el cromosoma Y con una delección en el gen AZFc es transmitido de una generación a otra por ICSI. (J. MED GENET 2003; 40:62-64).

### **Conclusión parcial.**

Existen, pues, suficientes evidencias de las implicaciones iatrogénicas en mujeres y bebés nacidos tras las intervenciones con TR. El creciente y cada vez más abarcador mercado reproductivo y los enormes intereses de por medio (intelectual, profesional, económico) tienen un fuerte poder de reacción y de descalificación de todo discurso, aún médico, que cuestione su hegemonía.



## CAPITULO SEXTO

### Disciplinamiento y nuevas categorías de sujetos

#### 1. Fertilización in vitro: ¿control social del cuerpo o autodeterminación?

Como se observó en la parte descriptiva acerca de la FIV, sus procedimientos (sobrestimulación ovárica, fertilización y transferencia de embriones) y sus técnicas suplementarias (donación de óvulos, embriones, congelación de gametas y/o embriones), constituyen un mayor control médico sobre el proceso reproductivo, excepto por lo que se refiere a la gestación.

Las prácticas biotécnico-reproductivas se constituyen en un espacio social de asimetrías de poder. El reproductólogo es quien posee un hermético saber técnico y científico que le permite acceder “legítimamente” al cuerpo de sus “pacientes, intervenirlo, objetivarlo, disociarlo. La hiperespecialización de la medicina reproductiva centrada en los órganos reproductivo, en ciertas funciones o células, dependiente de las técnicas, son manifestaciones de una concepción centrada en el cuerpo y no en el sujeto. Se inscriben en un proceso en el que el cuerpo pierde su dimensión simbólica para verse reducido a un conjunto de engranajes, de funciones sustituibles una por otras (Le Breton, 2002). La FIV implica que cada uno de los elementos que intervienen en la procreación, cada momento, puede ser técnicamente sometido a separación, a descomposición y recomposición en términos de tecnología biológica.

En la medida que no considera sujetos, sino células y órganos, la intervención técnica-biológica aplica operaciones que salen del área de las habituales relaciones entre sujetos sexuados; las gametas pueden ser extraídas, donadas, intercambiadas, funcionando como categoría de intercambio y de relación social. La idea del cuerpo como maquina que debe ser reparada justifica el uso de esta tecnología reparador y permutativa. Obsérvese en el siguiente discurso la ausencia de control por parte del sujeto-paciente en el proceso reproductivo. Aquí se describe el proceso que combina la técnica de FIV con la recuperación de espermatozoides mediante microcirugía: *“el éxito, depende de un equipo médico muy riguroso, muy cuidadoso de todos los pasos a dar. Se necesita un andrólogo*

*que haga la microcirugía, un laboratorio de fertilización in vitro que funcione muy bien, perfecto, y una correcta estimulación ovárica en la mujer. La sincronización de estos elementos es la clave para el buen final de este desafío científico y humano que significa traer niños al mundo aun cuando la naturaleza ponga trabas*". (Pasqualini, 7/12/89). Ya no solamente hay un control del embarazo y parto, pues ahora producir un niño pasa por una perfecta gestión combinada de expertos-tecnicos y medios de laboratorio.

El cuerpo es propiedad de los expertos y no la de las mujeres que llegan a quirófano: *"Decidimos hacer un raspado, que funciona del mismo que la poda en los arboles: les hace crecer con más vigor. Cuando obtuvimos el endometrio que queríamos, solo ahí jugamos nuestros...eh...bueno, esos dos óvulos"*, explica Pasqualini. *"y el día que en la ecografía apareció un coranzocito minúsculo latiendo a toda velocidad, sólo ahí nos dimos cuentas de que la habíamos pegado"*, agrega el Dr. Rubén Damasco, integrante del equipo de Pasqualini refiriéndose a cómo lograron el primer embarazo con embrión congelado. (*Clarín*, 29/4/91, resaltado nuestro). Este discurso no sólo da cuenta de una concepción del cuerpo, sino que el lapsus "nuestros óvulos", remite a la autorepresentación de los reproductólogos como los verdaderos dueños del proceso reproductivo y de los fragmentos de un cuerpo que pueden ser manejados a voluntad. Lo cual no excluye el azar o la fortuna en el logro del calculado objetivo "la habíamos pegado".

No obstante, el discurso médico reproductivo construye una representación de sí mismo y de sus prácticas de intervención libres de control. Pretenden expresar un compromiso ético con la libertad reproductiva de las mujeres y no ve ninguna contradicción entre el control y expropiación del cuerpo y las demandas de las mujeres por TR. Así lo expresa el Dr. Roberto Nicholson, ginecólogo, Director del Centro Fecunditas, católico militante y el "padre" de los primeros bebés por FIV en Argentina:

*"La mujer de hoy esta mucho mas confiada en sus derechos, en la necesidad de ser respetadas, en sus valores, saber defenderse. Antes era un especie de huérfana frente al médico. Cuando el ginecólogo le decía "Ud. Se tiene que operar, solo preguntaba cuando". [ahora esta relación ] "debe estar enmarcado no sólo por el respeto sino por la libertad. Insisto, la libertad de su cuerpo es la máxima conquista social de la mujer en este siglo, porque el médico no tienen derecho imponerle un tratamiento* (entrevista, *Clarín*, 29/9/02, el resaltado es nuestro).

En esta construcción discursiva el experto aparece en un nuevo rol, enmarcado no ya en una relación asimétrica de poder sino de garante de las libertades de las mujeres. De ahí que el énfasis colocado en la autodeterminación del cuerpo de la mujer supone que el “tratamiento” de fertilización es una demanda de la mujer en total ejercicio de su derecho a decidir sobre su propio cuerpo. Son las mujeres quienes “así lo quieren” y el médico se convierte, junto a sus instrumentos técnicos, en simple medio para responder a esa demanda, a ese derecho. El desear un hijo se convierte en consigna mágica que legitima cualquier intervención en los cuerpos.

Sin embargo, no hay una relación simple de causa-efecto entre “demandas” y la “ayuda” de las reproductólogas. En primer lugar, porque hay que diferenciar entre demanda socialmente inducida -tanto a través de los mandatos sociales, como por el mismo marketing empresarial reproductivo - y deseo libremente expresado. En segundo lugar, no todas las mujeres tienen acceso a estas demandas, sino sólo aquellas que pueden costearse los “tratamientos”. Y por último, las demandas dependen de las opciones y alternativas existentes, y las TR al prometer el hijo propio desvalorizan otras alternativas sociales (Stanworth, 1987).

Obviamente, el derecho a decidir sobre el propio cuerpo implica controlar por parte de los sujetos todo aquello que se hace con sus cuerpos. Este control está ausente en las prácticas reproductivas pues, como se ha visto, el sujeto sólo existe en tanto da su consentimiento que justifican la intervención, de ahí en más es el cuerpo máquina y no el sujeto el que yace en el consultorio reproductivo. En el trasfondo de este control se encuentra, la ideología de la maternidad de la cual nos hemos extendido en otra parte. Pero aquí vale resaltar una cuestión poco problematizada en los debates públicos y médicos. En sus inicios la FIV fue justificada por una anomalía en las trompas de Falopio, pero rápidamente fue utilizada para otros motivos, en especial en casos de infertilidad masculina.

En este sentido el deseo “natural” de las mujeres de convertirse en madres coincide con el imperativo de la paternidad. Imperativo que justifica intervenciones médicas innecesarias para acceder al hijo propio. Nuevamente es necesario problematizar la idea de una ampliación del derecho de las mujeres cuando ese derecho en el caso de Argentina se torna relativo; es decir cuando le es negado a mujeres, solteras, lesbianas, o mujeres viudas.

A pesar de estas contradicciones referidas al desarrollo de las libertades, el control del propio cuerpo por los/las sujetos, los médicos no dudan en considerarlos como centrales en el ámbito donde se produce la relación corporación reproductiva-clientes:

*“En Halitus prestamos mucha importancia al aspecto emocional de los pacientes (...) la contención comienza desde la recepción en mesa de entradas, un ambiente sensible, una buena relación médico-paciente, y cuando es necesario, el apoyo de nuestra psicóloga, la Lic. Claudia Azar”... “cuando una pareja abandona los tratamientos, generalmente esto ocurre por un origen emocional o psicológico, ya que en estos tratamientos no hay agresión física. Nuestra preocupación constante es cuidar este aspecto en nuestros pacientes, no sólo por este motivo mencionado, sino también porque tenemos que preservar a la pareja que vino inicialmente a la consulta”.... “uno siempre dice que el equipo que conformamos la pareja y el medico no es el ideal porque la pareja tanto como el medico lo único que desea es lograr el embarazo. Y muchas veces en ese afán de avanzar vamos produciendo daños emocionales que luego cuesta recuperar. Por ello la incorporación de la psicóloga en nuestro equipo es fundamental para que esté atenta de las situaciones en las que hay que trabajar, cuando conviene seguir intentando o por el contrario, saber detectar cuándo hay un conflicto potencial frente al cual conviene esperar un poco para realizar un nuevo tratamiento. (entrevista, Saber y Pensar 13 agosto de 2002.)*

En este texto aparecen varias cuestiones interesantes para analizar. En primer lugar, el énfasis en la relación medico-paciente que comienza en la mesa de entrada. No cabe duda que dicha relación comienza desde el momento en que los clientes pagan el servicio. En efecto, más que una relación médico-paciente se esta en presencia de una relación en la que impera las relaciones de tipo mercantil<sup>101</sup>. La importancia dada al aspecto emocional es cuestionable en términos de las características del modelo biomédico. La corporación ha sabido encontrar la manera de resolver la contradicción fundamental de una medicina centrada en el cuerpo biológico incorporando nuevos expertos “psi” especializados en

reproducción “asistida”. No obstante, la concepción dual del sujeto que maneja el modelo biomédico no desaparece en tanto que el aspecto emocional es un residuo (¿el sujeto?) a cargo de estos nuevos especialistas. Y serán ellos, y no lo sujetos, quienes deberán darse cuenta de “cuando es necesario parar con un tratamiento”, tan sólo para ser retomado en otro momento. ¿Significa esta afirmación que hay un comportamiento compulsivo de los “pacientes” que los lleva a continuar con los “tratamientos” a cualquier precio físico, emocional o económico?, ¿es una toma de autoconciencia por los reproductólogos de su incapacidad de poner fin a sus continuas intervenciones?<sup>102</sup>. Recordemos que para poder “llevarse un hijo a casa” se necesitan de varios procedimientos con FIV, que varían entre 2 a 6 o más, sin garantía completa –sólo una probabilidad estadística- de que se logre tal fin.

Ahora, con respecto a que no existe agresión física con los tratamientos es insostenible por todo lo expuesto anteriormente y no nos detendremos en esto. Existe una cuantiosa literatura sociológica que ha analizado este aspecto de las TR (Corea, 1986; 1989; Raymond, 1993; Sommer, 1991; 1992; 1994; FINRRAGE, 2002).

Pero aquí nos interesa la construcción ideológica que sostiene que el médico tiene los mismos objetivos que la pareja; a saber, lograr el embarazo. Como objetivo manifiesto es indudable que los servicios reproductivos ofrecidos a la clientela “infértil” tiene como fin proveerla –a como de lugar- de un niño propio. Sin embargo, hay otros intereses, algunos ya analizados en otra parte, relacionados a la voluntad de saber en torno a la fisiología de la reproducción humana. Recordemos que fue gracias a la experimentación con FIV lo que permitió conocer “científicamente” y en detalle el proceso reproductivo humano que, aún a mediados del siglo XX, representaban un misterio para la ciencia (capítulo III).

En este sentido, no existe una relación médico-paciente, sino relación corporación reproductiva-“pacientes”. Si bien algunas “parejas” pueden beneficiarse de los éxitos de las TR, son los mismos reproductólogos quienes incrementan su prestigio con su implementación. Para los obstetras y ginecólogos en particular, las TR les permite

---

<sup>101</sup> Esta afirmación estará mejor justificada cuando en la parte III de este capítulo, exponamos la naturaleza empresarial de la medicina reproductiva (servicios ofrecidos, costos, estrategias de mercado, etc.).

<sup>102</sup> Lógicamente este tipo de preguntas pueden ser en parte respondidas mediante un trabajo de campo concreto basado en entrevistas tanto a pacientes como a médicos. Cuestión no contemplada en la construcción de nuestro problema. Una primera aproximación, aunque sesgada, a las representaciones ambiguas de las

jerarquizar sus profesiones que históricamente tuvieron un bajo estatus en el mercado médico y posicionarse, de este modo, como representantes de una *medicina high-tech*. Así, revalorizado sus status profesional, pueden competir por el control de un área de conocimiento e intervención cada vez mas disputado en el actual campo de las biotecnologías.

De este modo, la construcción discursiva coloca al experto en el rol de promotor del derecho de los sujetos a decidir sobre su propio cuerpo, pero el sujeto que sustenta el discurso del amo no puede ser un personaje cualquiera. La solidez de su inserción social, que ratifica su inscripción en la Orden de los médicos, es la garantía de la eficacia de su discurso, del que en parte es autor o al menos portavoz ante sus “pacientes”. El reproductólogo se representa a si mismo como un humanista, la imagen misma de la abnegación medica. “..... *yo pretendía ocuparme de la salud de manera integral ¿sabe?. Yo creo que el medico lo tiene a Dios sentado muy cerca suyo. Y esa vecindad –y esa transferencia- lo obliga a un inexcusable servicio*” (entrevista al Dr. Nicholson, Clarín 29/9/02). El medico no se presenta solamente así mismo con el clásico personaje heroico, caballero de la ciencia y el deber, también se ve así mismo como sacerdote, como representante de una nueva casta dotado del monopolio de un saber superior técnico-médico. Al manejar los secretos de la vida, al crearla a voluntad en el laboratorio biotecnológico se presenta como un demiurgo al que hay que admirar y respetar.

Al principio de la parte II se observó que las TR -y el discurso-práctica que las sostienen- es una violencia ejercida sobre los cuerpos, y en especial sobre el de la mujer. No obstante, las TR no operan exclusivamente por medio de la violencia sobre los cuerpos. Las TR reinstaladas en la historia y desarrollo del biopoder, representa la más reciente red de discursos y practicas (sistema de conocimiento, clasificación, mediciones, tests, intervenciones, etc.) que constituyen una verdadera tecnología disciplinaria de los cuerpos.

Esto significa que sus efectos no son solamente negativos, sino positivos; construyen nuevos objetos y sujetos de saber e intervención. Nas TR al sostenerse en técnicas de vigilancia y examen (ultrasonido, monitoreo fetal, tests natales y antenatales, tests hormonales, técnicas de laboratorio, ) hacen de los cuerpos de lo sujetos, del feto y del

---

mujeres pueden observarse en la cartas enviadas al grupo de profesionales del centro Halitus. Véase dirección página Web en Apéndice “los Centros reproductivos locales”.

embrión objetos visibles y autónomos. Facilita la creación de nuevos objetos y sujetos de intervención médica así como de intervención estatal (Sawici; 1991; cap.4).

Con respecto a lo sujetos, y en especial a la mujer, las prácticas de FIV instituyen nuevas formas de maternidad disciplinada. En primer lugar, disocia a la maternidad y la paternidad en por los menos 3 categorías nuevas: la madre social, genética y uterina (madre subrogante). Otro tanto hace con la paternidad: el padre social y el padre genético. Estas nuevas categorías favorecida por la gestión técnica de la reproducción humana traen consigo una serie de problemáticas legales y “éticas” que intentaran ser abordadas y reguladas por otras instancias no médicas: el control social del Estado. Pero esta problemática será objeto de análisis de otro capítulo.

Pero no son éstas la únicas categorías que permiten construir las intervenciones técnicas en la reproducción. La sobreestimulación ovárica y los nuevos protocolos de estimulación construyen nuevas formas de “anormalidad”. Aparece así en el discurso de los reproductólogos las mujeres que son “malas respondedoras” o por el contrario son “buenas respondedoras” al bombardeo hormonal externo. Aquellas mujeres que no se adaptaron a la experimentación de nuevos protocolos de estimulación.

El control reproductivo crea, por supuesto, nuevas categorías de infértiles: infértiles por causas inexplicadas, por causas genéticas, hormonales o inmunológicas; por defectos anátomo-fisiológica, y cada nuevo conocimiento de la fisiología de la reproducción estimula nuevas categorías. A todo éstas, si embargo, les corresponde cada vez mas “tratamientos médicos” estandarizados: la FIV, la ICSI o alguna variante de ellas. Paradójicamente, el descubrimiento de nuevos factores que predisponen o causan infertilidad sirven no tanto para restablecer su función “normal” (como en el modelo médico curativo), sino para suplantarlos tecnológicamente.

Por último, el discurso reproductivo constituye a las madres “abortivas recurrentes” de embriones creados en in vitro, mujeres cuyos óvulos son anormales, mujeres hostiles a los espermatozoides, entre muchos otros. Estas categorías serán objeto de nuevas técnicas como el diagnóstico genético preimplantatorio que servirá para superar este problema técnico (la mujer) mediante la selección del mejor embrión.

La medicina reproductiva aísla así tipos específicos de anormalidad o desviación de una nueva norma general construida entorno al proceso reproductivo humano. Cada etapa -

fertilización, anidamiento del embrión, gestación y parto-, supone un conjunto de parámetros estándares de los cuales pueden las mujeres desviarse en el transito de lograr el hijo deseado. Nuevas ansiedades presumiblemente constituidas por este proceso de fragmentación volverán un recuerdo del pasado la preocupación unitaria por el futuro del embarazo. Cada paso, disociado técnicamente, será acompañado de nuevas angustias, y en caso de fallos en algunos de ellos, representara para las mujeres pequeños duelos que habrán de ser superado para volver a comenzar. Cada etapa fragmentada se constituirá en un embarazo tentativo.

Pero este proceso también estimula los fantasmas inconscientes de perfección, de completud en tanto las TR prometen acceder al hijo perfecto y biológicamente relacionado a los padres (Tubert 1995).

Nuevas subjetividades en torno a una *nueva maternidad normalizada* es instaurada por el discurso médico; nuevos saberes positivos emergen con la posibilidad de disociar técnicamente la reproducción . Asimismo, esta disociación entre sexo y procreación abre un campo de disputa por el significado de las TR. Mujeres solteras, lesbianas y gay que demandan acceso contribuyen a crear sentido en torno a las TR: quiénes deben ser sus destinatarios, qué objetivos deben perseguir, quiénes las controlarán y quiénes se beneficiarán con su implementación.

La corporación médica no posee el monopolio absoluto de la creación de sentido social de las TR. Pero habla desde un lugar social que les concede poder técnico (monopolizado por sus representantes), de poder público (el manejo de los medios de comunicación), de poder juridico-político (nadie debe injerir en sus asuntos) y social (son los creadores de vida). Todo este capital social, político y también económico (solventados por las industria farmacológica y biotecnológica) les permite crear un sentido con pretensiones de hegemonía. Disputar ese sentido impone cuestionar la ideología que sostiene que las TR favorecerían, por sí misma y bajo la tutela médica, la extensión de las libertades de los sujetos.

## 2. Las razones subyacentes en el encarnizamiento con ICSI:

Como se ha visto con respecto a los riesgos potenciales y reales de las técnica ICSI, existen suficientes evidencias para descartar la afirmación voluntarista sobre su inocuidad o



la que afirma- relativizando- que la infertilidad paterna puede ser heredada tras FIV-ICSI a la descendencia. En Argentina, la ICSI es utilizada desde 1994 y los primeros nacimientos se produjeron en 1995 (el Instituto Halitus fue pionero en su uso), y se considera que ya son miles los niños nacidos por esta técnica.

Según dos especialistas, ambos pioneros en este campo, no existe ningún estudio que haya logrado vincular directamente el uso de esta técnica con la mayor incidencia de anomalías genéticas en los niños. Sus afirmaciones se apoyan en estudios internacionales y el seguimiento de un grupo de niños argentinos nacidos tras ICSI (realizados por el mismo equipo). Lo que sí admiten los médicos argentinos es que esta técnica no siguió el camino convencional: **probarla primero en animales para luego aplicarla al hombre**, *“es cierto que el ICSI aparece en forma explosiva en 1992”* [comenta Claudio Chillik director del Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción (CEGyR), *pero se comenzó a usar porque, por primera vez, se pudo lograr la fertilización en casos de esterilidad masculina muy graves”*.

Aparece, entonces, como el motor principal y justificación de la aplicación experimental de la ICSI en humanos (léase en mujeres), la búsqueda de la paternidad –a cualquier precio- en hombres estériles, *“lo que suele ocurrir es que si la persona tiene un semen muy malo, esos espermatozoides tengan anomalías genéticas* [comenta el Dr. Sergio Pasqualini director de Halitus] *pero la alteración paterna ya está en los cromosomas, no es una consecuencia de la inyección”*. Éste énfasis en la inocuidad de la técnica atribuyéndole los riesgos de anomalías a los cromosomas, deslinda de toda responsabilidad a las intervenciones médicas pero, cualesquiera sean las causas, las consecuencias son las mismas para el futuro niño. Habría que preguntarse porqué si se admite que hay alteraciones cromosómicas (y también genéticas) en un espermatozoides “muy malo”, se insiste en aplicar la técnica o, mejor dicho, porqué la obsesión por la paternidad genética y no utilizar espermatozoides de donante, como era común antes de la aparición de la ICSI.

Una de las justificaciones más recurrentes en los médicos es, “así lo quieren los padres” y para desligarse de cualquier responsabilidad por las consecuencias de sus intervenciones se recurre al mecanismo del “consentimiento informado” (ver Anexo. E). Mediante este recurso, la responsabilidad ética por la salud futura del hijo, recae en los padres y no sobre los médicos. Sin entrar en esta discusión “bioética”, sólo queremos

remarcar el hecho de la justificación para el uso de la ICSI: la búsqueda de la paternidad biológica se ha convertido en una verdadera obsesión.

Sin embargo, los riesgos no solo son los que pueden padecer los niños, sino los riesgos para la salud de las mujeres que, nuevamente, se ven interpeladas e intervenidas médicamente para cumplir con el deseo de paternidad. Pues ya se vió que la ICSI es una variación de la FIV en cuanto a la manipulación de gametas pero no en cuanto a los pasos necesarios para la obtención de óvulos.

Todos los riesgos mencionados con respecto a la ICSI pueden ser evitados recurriendo a espermatozoides de donante "sano". En el caso de una mujer completamente fértil el embarazo podría obtenerse mediante Inseminación Intrauterina de donante (IUD). El IUD es una técnica menos invasiva que la FIV o la ICSI y haría prescindible la estimulación hormonal dado que puede realizarse en un ciclo ovulatorio "normal"<sup>103</sup>.

Pero observamos que esta alternativa no suele ser la elección desde que se utiliza la ICSI. Por el contrario, ha crecido su uso igualando o superando el número de procedimientos con la tradicional FIV y también se recurre a variantes del ICSI utilizando gametas masculinas inmaduras como una alternativa más en casos de esterilidad masculina (ELSI; ROSI).

En estos casos, el uso de espermátidas inmaduras deben ser recuperadas mediante pequeñas microcirugías mínimamente invasivas, que no tienen graves riesgos para el cuerpo del hombre. Pero a la luz de los riesgos que corre la mujer, tanto en las intervenciones diagnósticas como extractivas de óvulos, es posible advertir que el cuerpo masculino es más valorado por los médicos así como por los hombres estériles. Entrevistado el Dr. Pasqualini acerca de un nuevo método de microcirugía<sup>104</sup> en combinación con FIV que estaba experimentando en su clínica consideró: "*nuestra elección de hacer una FIV tiene que ver con que hasta ahora, esta microcirugía no puede ser repetida pues se puede hacer una fibrosis en el conducto intervenido que dificulta futuras intervenciones. Por eso para nosotros es muy importante no desperdiciar los*

---

<sup>103</sup> No obstante, hace años que la estimulación ovárica con hormonas exógenas es utilizada para IU para mejorar la "eficiencia" de la técnica. La misma lógica economicista recorre todas las técnicas de reproducción.

<sup>104</sup> Aspiración de espermatozoides del conducto del testículo antes de realizar una FIV, el Dr. Pasqualini fue pionero en su introducción en Argentina en 1989, a sólo dos años de su creación en Estados Unidos, solo habían nacido 10 bebés por esta combinación de técnicas. Una pareja de argentinos tendrían su primer bebé, el número 11 en el mundo.

*espermatozoides que se obtienen por primera vez*". (Clarín, 7/12/1989, los resaltados son nuestros).

Queda claro que lo valorado aquí es el aparato reproductor del hombre en miras a posteriores intervenciones para acceder al escaso y valioso esperma y no tanto por ser considerada una operación de alto riesgo. Así, cuerpo y esperma tienen un plus de valor en relación al cuerpo de la mujer, lo cual no está lejos de afirmar el Dr. Pasqualini que los riesgos en la mujer están justificados en nombre de la paternidad, salvo claro que se considere inocua la FIV. Pero esta valoración no es exclusiva de los médicos, sino que es evidenciada en los mismos hombres infértiles que ven con agrado no exponer sus cuerpos a intervenciones "innecesarias" si pueden evitarlas:

*"Hacia un año que buscábamos y nada [año 2000] Entonces María Luz fue al médico. Estuvo varios meses haciéndose estudios....Nunca pensé que el problema era mío. Fue durísimo. Me sentí un inútil, pensé que iba a ser el hazmerreír de todos", dice Diego Vinhas de 29 años de edad [...] A comienzos de 2001 recién se busco la causas masculinas: Por suerte las ganas de tener un hijo fueron más fuertes". El médico le dijo que tenía varicoceles y se operó, pero todo siguió igual. Nuevos estudios revelaron que tenía obstruidos los conductos deferentes: "podía operarme, pero salía lo mismo que hacerme el tratamiento y tenía que esperar dos años par tener un hijo. Así que no lo dudamos". En diciembre le realizaron una FIV-ICSI a la mujer que resultó en el nacimiento de Joaquín nueve meses después. "la infertilidad es una enfermedad como cualquier otra y hay que tratarla. Hay que olvidarse de las culpas y las vergüenzas", dice Diego. "ahora entiendo a las mujeres cuando dicen que no importa lo que sufren en el parto. Un hijo te cambia tanto la vida que en un instante borrás todo lo que haya pasado." (Clarín, 15/6/03, resaltado original).*

Existe en efecto una sobrevaloración del cuerpo del hombre en contraposición al cuerpo de la mujer. La infertilidad remite en primera instancia a un problema exclusivo de la mujer (dado que la mujer aún es pensada en función de su anatomía e identificada con la procreación) y, por esto, es "natural" someter en primer lugar a la mujer a continuos estudios (1 año) para encontrar las causas de infertilidad *en su cuerpo*. Como se vio en otra

parte, los expertos consideran que los estudios diagnósticos *deben ser realizados conjuntamente por ambos miembros de la pareja dado que la infertilidad es un enfermedad de la pareja*. Se aprecia ahora la naturaleza ideológica de esta construcción que justifica intervenciones innecesarias en el cuerpo de la mujer. Esta presunción de “patología” femenina es mejor aprehendida desde la ideología de género que desde una supuesta objetividad de la ciencia. La infertilidad masculina es vivida como una maldición para el hombre, ya que pone en cuestión su propia virilidad y sexualidad (“*sería el hazmerreír de todos*”), y es vivida como una castración (“*me sentía un inútil*”); representación de sí como eunuco imposibilitado de demostrarse como “verdadero hombre” si no se es capaz de “hacer un hijo”. Ahora bien, esta angustia nacida de la esterilidad interpela al hombre en tanto cuestiona a la masculinidad hegemónica, pero es posible de ser conjurada si la causas que la provoca pueden ser atribuida a la mujer; a su cuerpo siempre dispuesto *naturalmente* a ser madre.

La construcción ideológica de la infertilidad como “enfermedad de la pareja” mistifica la desigualdades de genero que subyace ea las intervenciones medicas a la vez que permite calmar la angustia masculina pues, si bien se reconoce que “*la infertilidad es una enfermedad como cualquier otra y hay que tratarla*”, el “factor masculino”, es resuelta tecnológicamente en el cuerpo de la mujer. Sin embargo, la decisión lógica hubiera sido la intervención quirúrgica en el hombre (“*podía operarme, pero salía lo mismo que hacerme el tratamiento y tenía que esperar dos años par tener un hijo.*”), pero se prefirió recurrir a la ICSI sobre el cuerpo de la mujer (*así que no lo dudamos*).

Se puede observar entonces cómo la ideología de género se concretiza en las intervenciones con ICSI. También se observa que la (re)valoración permitida por la ICSI de la esencia masculina (simbolizada en el espermatozoide propio del hombre) redundando en la desvalorización del cuerpo de la mujer, o simple como lugar de realización del deseo paternal. Desvalorización que se traduce en el silenciamiento de la voz de la mujer (“*así que no lo dudamos*”), su voz es diluida en un “nosotros” que remite al deseo de paternidad que sin duda puede o no corresponder con el deseo la maternidad. Pues, no se trata aquí de obturar o negar las decisiones ni responsabilidades de la mujer de someterse a una FIV-ICSI con el objetivo de tener un niño para sí o para su pareja, sino de la naturaleza de las relaciones sociales en la cuales es posible tomar una decisión:

*“en una situación en que las mujeres experimentan la condena personal y el estigma social debido a su infertilidad, y en la que la definición social de la maternidad necesita del establecimiento de una relación biológica, debemos preguntarnos cuáles son las alternativas reales de las mujeres infértiles, ya que no parece haberla entre participar en un procedimiento de FIV, con su bajo índice de éxito o permanece sin niños, con todas las implicaciones negativas que eso conlleva”* (Crowe, citado en Birke, 1992, 64-65).

Si esta pregunta es válida para un procedimiento tradicional de FIV es aún más válida en el contexto de la FIV-ICSI porque, en ésta última, al mandato de la maternidad se superpone el imperativo social de la paternidad biológica. Entonces, en el caso de la ICSI que intenta “curar” la infertilidad masculina ¿qué alternativas existen para aquellas mujeres que son fértiles pero cuyas parejas no lo son en un contexto social donde la paternidad no biológica es desvalorizada y ellas siguen siendo controladas tanto médica como socialmente en función de una capacidad biológica construida como destino?

Se debe, entonces, cuestionar la *naturalizada* afirmación de que la infertilidad es una “enfermedad de la pareja” así como la biologización de los roles parentales. Desde el punto de vista médico, éstas representaciones sociales justifican intervenir tecnológicamente en el cuerpo de la mujer cuando objetivamente no hay motivos para ello.

La ICSI, como la FIV ponen en evidencia la naturaleza construida del rol específico de cada género -y no tanto el sexo- en el trabajo reproductivo. Desde la medicina reproductiva, la mujer es considerada objeto de intervención y la convierte en *mother machine* (Corea, 1986) para resolver la obsesión por el hijo de la “propia sangre” o el “*deseo de paternidad biológica por medio de una maternidad tecnologizada*” (Stolcke 198X, 82).

**PARTE TERCERA**

**LAS IMPLICACIONES**

**POLITICAS**

**Y JURIDICAS DE LA**

**MEDICINA REPRODUCTIVA**

## CAPITULO SEPTIMO

### Las implicaciones socioeconómicas y sanitarias de las TR

La corporación de reproductólogos, los psiquiatras y los psicólogos especializados en reproducción asistida, exigen al Ministerio de Salud que garantice a sus “pacientes” el acceso gratuito a los servicios médicos reproductivos de alta complejidad, financiando los costos de los tratamientos.

De este modo, las demandas corporativas y las de ciertos “pacientes” están volcadas a que dichos servicios sean cubiertos por la seguridad social, en especial, por el Programa Médico Obligatorio (PMO). Si esto no es posible, se exige que al menos se cubra la atención al embarazo, a los partos y a los recién nacidos mediante la “reproducción asistida”.

Ahora bien, frente a esta situación, y de la misma manera que fue necesario reubicar el análisis de las TR en un contexto biopolítico más amplio, se analizará la construcción de demandas por el sector médico reproductivo con relación al contexto de desigualdades sociales y sanitarias locales en el que éstas demandas se inscriben. El objetivo de esta sección será profundizar de qué manera y sobre qué fundamentos son construidas dichas demandas por los diferentes expertos en TR. Veamos primero el contexto social de estas demandas.

#### 1. La situación socioeconómica y sanitaria

En la década de los 90 se afianzó un nuevo modelo sociopolítico neoliberal que, iniciado en la última dictadura militar, ha ido profundizándose hasta la actualidad. La cristalización de este *nuevo orden social* tuvo como preludio las llamadas Reformas del Estado (1990 y 1996), que contaron con los auspicios de los organismos internacionales de crédito (BM, BID, FMI). Los “intelectuales orgánicos” del período, coincidieron en que el modelo del Estado intervencionista había llegado a su fin, y que éste debía abandonar su papel de propietario y prestador de ciertos servicios públicos. El desmantelamiento del Estado “social” por dichas reformas aceleró la asimilación de la economía local a la

economía internacional y -en el centro de este proceso económico- la conformación de un “nuevo bloque social” constituido por capitales nacionales y extranjeros: los grupos económicos y las empresas transnacionales.

No obstante, no sólo se “liberó” a los servicios de comunicaciones, de transportes, de gas, de luz, considerados como fuente de corrupción y de excesivo gasto público, sino también se apuntó a reestructurar al ya fragmentario sistema de salud de salud<sup>105</sup>, mediante lo que se conoció también como las Reformas del Sector Salud. Reformas que nuevamente contaron con el beneplácito de los organismos de crédito internacional y la OPS/OMS<sup>106</sup> e incluyó una serie de políticas tendientes a introducir, bajo el supuesto de lograr una mayor eficiencia y equidad, los mecanismos de mercado en el sector<sup>107</sup>.

En primer lugar, se implementó la descentralización de los hospitales públicos profundizando la transferencia de estos establecimientos a las provincias y se instauró un nuevo “modelo microeconómico” denominado *Hospital de Autogestión* (decreto 578/93). Dicho modelo, instó a los hospitales públicos a buscar “formas creativas de obtener financiamiento” mediante la prestación arancelada de servicios a franjas adicionales de población con capacidad de pago. Pero desde los primeros años ya pudo observarse que tales “objetivos” no pudieron ser alcanzados<sup>108</sup>. Así, el hospital público, antes financiado con fondos del presupuesto nacional y que históricamente prestó sus servicios de forma gratuita a los sectores de menores recursos y sin seguridad social, resultó en el

---

<sup>105</sup> El sector de la salud en la Argentina se estructura sobre tres subsectores principales: a) un **subsector público** con financiación y provisión públicas integrado por las estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial y la red de Hospitales Públicos; b) un **subsector de seguro social obligatorio** organizado en torno a entidades que agrupan a los trabajadores según ramas de actividad denominado Obras Sociales (O.S). La mayoría de las O.S brindan servicios a través de contratos con terceros prestadores. C), un **subsector privado** que incluye tanto la oferta de profesionales de la salud independientes como la de hospitales privados, clínicas, etc., que atienden demandantes individuales. Sobre todo a los beneficiarios de las O.S, mediante acuerdos individuales y colectivos que prevén diferentes modalidades de pago de servicios. Asimismo, el sector privado comprende entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga.

<sup>106</sup> Siglas de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. El ministerio de Salud firmó un acuerdo con el Banco Mundial, por el que éste organismo financiaba con 375 millones de dólares la reconversión de las obras sociales y el PAMI, y otros 125 millones para constituir los Hospitales de Autogestión. (OPS; 2002:12)

<sup>107</sup> Los ejes centrales de la Reforma fueron: “asegurar un conjunto de prestaciones básicas a toda la población; dar mayor eficiencia a los recursos disponibles; introducir elementos del mercado y competencia entre efectores y seguros; estimular el financiamiento desde la demanda, y mejorar la calidad de los servicios”. (OPS; 2002:12)

<sup>108</sup> Los recursos logrados provinieron, en su mayor parte, del recupero de pagos por servicios prestados a las obras sociales y cuya cobertura abarcó sectores de menores recursos y no de las capas de mayores recursos económicos como era lo esperado.



desplazamiento y segregación de estos sectores ante la presión por conseguir fondos, por ejemplo a través de las listas de espera, entre otros<sup>109</sup>.

La desregulación de las obras sociales<sup>110</sup> que introdujo la “libre elección” por parte de los afiliados a las Obras Sociales, en reemplazo del anterior sistema que asignaba a cada trabajador y su familia a su rama de actividad, estimuló la introducción de los mecanismos de mercado en la seguridad social aumentando las desigualdades<sup>111</sup> y eliminando el rasgo solidario del sistema<sup>112</sup>.

Paralelamente, las empresas de medicina privada, nacidas en los años 80 para captar los segmentos que quedaron fuera de las obras sociales con cierto nivel de ingresos, fueron “invitadas” a participar con mayor peso dentro del sector en calidad de prestadores de servicios a las obras sociales o como prestadores directos. Este proceso proporcionó un amplio margen de acción para estas empresas, que realizaron negocios lucrativos por medio de la venta de planes de salud diferenciales acordes a la capacidad individual de compra de los trabajadores. Durante toda la década de los 90, y hasta la actualidad, ningún tipo de regulación afectó las prácticas mercantiles de la medicina prepaga.

De este modo, para fines de los años noventa nos encontramos con la consolidación de un sector salud fuertemente mercantilizado y profundamente desigual. En consecuencia, se fue perfilando en el sistema de salud un nuevo sujeto que intenta reemplazar al concepto

---

<sup>109</sup> El cobro compulsivo de bonos de cooperadora es otra práctica extendida en el sistema público. La falta de insumos ha llevado a que hasta el 40 % de las cirugías se realicen en algunos hospitales con elementos adquiridos por los pacientes o sus familiares. La venta de placas radiográficas y otros elementos de diagnóstico (jeringas y agujas para extracción de sangre, electrodos para electromiogramas, medios de contraste, etc.) configuran otra modalidad de “arancelamiento encubierto”.

<sup>110</sup> Decreto 2.284/91 y 9/93 como asimismo, el decreto 292/95 que eliminó la doble cobertura, el decreto 295/95, sobre el régimen de contribuciones, el Decreto 347/96 que aprobó las “Prestaciones Mínimas Obligatorias para las Obras Sociales”, y el Decreto 1141/96 que contempló la desregulación pautando “la libre elección para las Obras Sindicales”.

<sup>111</sup> A partir ahora, cada beneficiario elegirá donde atenderse, pero llevándose consigo su propia carga salarial destinada al sistema de obra sociales. Es decir, si un trabajador de ingresos altos afiliado a una obra social correspondiente a su gremio de ingresos medios bajos no esta conforme puede migrar hacia otra obra social con mejor atención. En este caso, no se lleva consigo el aporte medio de su obra social original sino su propia parte; esto trae como consecuencia una fuerte concentración de los afiliados de salarios altos en pocas obras sociales (o en planes más caros) y simultáneamente cae aún más el financiamiento de las obras sociales más pobres, motivada por la fuga de los afiliados de mayores aportes. En el caso contrario, si un afiliado de salario bajo es quien decide emigrar a una obra social mejor financiada, ésta tiene fuertes incentivos para ejercer mecanismos de selección adversa.

<sup>112</sup> La expansión de la obligatoriedad de los aportes y las contribuciones sobre la nómina salarial y la ampliación de la cobertura social fueron elementos fundamentales de redistribución progresiva, en tanto dieron lugar a la generalización de servicios sociales y del amparo frente a los riesgos de enfermedad. Los recursos de cada obra social servían para brindar un nivel de cobertura homogéneo a todos los beneficiarios de cada rama de actividad aunque existían importantes disparidades entre obras sociales. (Cetrángolo, 2002, 5).

de paciente: el “cliente institucional”. Cambio que se identifica con una nueva concepción de la sociedad entendida como “comunidad de servicios”. En este nuevo modelo, el individuo pasa a ser el centro, en tanto consumidor, menos relacionado a las acciones colectivas acordes a las viejas categorías de ciudadanía social y pertenencia de clase, y más vinculado al mercado mediante el cálculo privado del riesgo<sup>113</sup>. Los servicios de salud, entonces, se perfilan de acuerdo a un régimen de nuevo prudencialismo (O’Malley, 19), instituyendo segmentos de población con acceso exclusivo a calidades asistenciales y terapéuticas diferenciadas, según el poder compra de cada cliente<sup>114</sup>.

En este escenario, podemos comprender la creación Programa Médico Obligatorio (Decreto 504/98), pensando como un mecanismo para “paliar los efectos no deseados de la mercantilización de la salud”. El PMO supone una base “universal” de prestaciones mínimas por parte de las obras sociales y de la medicina prepaga para aquellos trabajadores que, en el juego de la “libre elección”, no alcancen a cubrir el aporte acordado para garantizar su cobertura.<sup>115</sup> Sin embargo, dicho programa de emergencia creado por el Ministerio de Salud no expresa un interés real por atacar las causas estructurales de la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, ni tiene como objetivo una mayor responsabilidad estatal en la materia.

En efecto, en la medida que el sistema avanza hacia un régimen donde los más ricos eligen coberturas que cubran todo su aporte al sistema de salud (obra social o privado) y los más pobres aportan en un sistema en donde quedan cubiertos por este programa estándar, tiende a desaparecer el rasgo solidario de la seguridad social, es decir el criterio redistributivo entre asalariados dentro de cada rama de actividad. Y además, el hecho de que este *programa para pobres* este garantizado por el Estado acentúa aún más las desigualdades dentro del sistema. (Cetrángolo y Devoto, 2002: 21).

---

<sup>113</sup> Entre 1995 y 1996, se diseñó un nuevo sistema para la protección contra los riesgos de trabajo, basados en el funcionamiento de operadores privados (*Aseguradoras de Riesgo de Trabajo*) que atienden las necesidades de prevención y reparación de los daños laborales.

<sup>114</sup> Para 1994 existían alrededor de 300 Empresas de Medicina Prepagas que contaban con 2 millones de afiliados y manejaban un total de 2.500 millones de dólares. Para el 2001, el mercado se concentró reduciéndose a 196 empresas; de ellas el 58% estaban en la Capital Federal, el 19% en el Gran Buenos Aires y el 23% restante en el interior. (OPS; 2002:5).

<sup>115</sup> Al PMO acceden todos los afiliados de cualquier obra social, para asegurar su financiamiento el Estado Nacional garantiza que la cotización mensual de cada trabajador no quede por debajo de 40\$, si ello ocurre, transfiere a la obra social correspondiente la diferencia entre ese monto y el aporte efectivo de cada titular.

Pero la crisis económica acaecida en el 2001 –cuyos rasgos son ya visibles desde 1998- da cuenta de los efectos de este nuevo (des)orden neoliberal instaurado en las últimas décadas. En efecto, la crisis llevó al cierre masivo de las fuentes de trabajo, que produjo los más elevados índices de desocupación de la historia Argentina. El desempleo para el primer trimestre del 2004, fue de 14,4% (2.160.000 desocupados), pero si se proyecta este dato incluyendo a la población rural habría 2.400.000 desocupados. Si además se considera como desocupados a quienes reciben los planes sociales, el desempleo rondaría entre el 17,4% y el 19,5% (entre 2,6 millones y 2,9 millones)<sup>116</sup>. Por su parte, los subocupados -los que trabajan menos de 35 horas semanales- alcanza a 16,6 % (2.250.000 subocupados urbanos). Sumando los desocupados y los subocupados urbanos, habría 4, 4 millones de personas con problemas de empleo o la mitad de todas las familias del país. Por otra parte, la informalidad laboral ronda el 45,9 %. (idem).

El deterioro de los salarios, el aumento del desempleo, el trabajo informal, el aumento de la renta financiera y las grandes ganancias de los grupos económicos más concretados de la economía, hacen que la Argentina tenga actualmente la peor distribución de la riqueza de los últimos 30 años, acentuándose con la salida de la convertibilidad. En 1974 en la Capital y Gran buenos, el 10% recibía el 28,2% de los ingresos totales. Con la dictadura militar ese porcentaje se elevó al 33,1%. En los ochenta, la concentración del ingreso prosiguió y se profundizó en los 90 en un orden tal que, el 10% más rico, acaparaba el 35,5% de la riqueza y ganaba 31 veces más que el 10% más pobre (medición nacional del INDEC). Entre 1995-2003 la argentina paso de una brecha de iniquidad de 19,3 veces, con un crecimiento de la iniquidad distributiva del 64,2% de los últimos 8 años (Clarín, 4/7/04).

Así, las personas bajo la línea de pobreza alcanzan al 54,7% de la población, siendo las más castigadas las regiones del Noroeste (66,9%) y del Noreste (70,2%). Las personas por debajo de la línea de indigencia alcanza al 26,3%, siendo nuevamente en el Noroeste de 31,2% y el Nordeste de 37,3%, seguida por la región de Cuyo con el 28,25%. (Indec, 2003)

De esta manera, el aumento del trabajo en negro, los despidos masivos junto a la reducción de los aportes patronales, la morosidad de las empresas y la evasión impositiva (con la perdida de 15.000 millones de dólares entre 1994-1999) llevaron al colapso de lo

---

<sup>116</sup> Según datos del INDEC publicados por Clarín (Clarín, 28/6/04).

que quedaba de la seguridad social (CELS, 2002). Por supuesto, la crisis también impactó en el financiamiento de la salud que vino decayendo desde 1995.

Los denominados sectores medios también debieron abandonar sus coberturas privadas u obras sociales. Desde 1998 hubo una pérdida de 400.000 personas en el sistema de cobertura privada mientras que otras redujeron el alcance de sus planes<sup>117</sup>. Para el año 2003, el 26,2% de la población porteña no tenía cobertura médica (726.739 personas), siendo de 19,7% en 1991. Las disparidades en el Gran Buenos Aires también son enormes: mientras que en los Distritos de Moreno, Florencio Varela, José C. Paz y Merlo la falta de cobertura afecta al 65,6% de la población; al 65,3%; al 63,2 y al 61% respectivamente, en Vicente López llega al 27,2% de la población; en San Isidro al 32%; en Morón al 38,5% y en Avellaneda alcanza al 42,3 % de la población<sup>118</sup>.

Las desigualdades en el acceso a los servicios de salud también se dan entre las provincias más “ricas” y las más “pobres”. Mientras que en Neuquén se pasó del 40,3% en 1991 al 48,75% en 2003; en el Chaco se pasó del 52,2% al 65,5%, en Formosa del 51,3% al 65,8%, en Jujuy del 44,0 al 54,1%; en Corrientes de 48,4% al 62,1%; Salta del 48,7% al 60,4%, en Mendoza del 42,2% al 50,5 % de la población.

Como se puede apreciar, en el transcurso de 12 años se incrementó de manera notable el porcentaje de la población sin cobertura social afectando con más fuerza a las regiones de Noroeste y Nordeste así como a diferentes distritos de la Pcia. de Buenos Aires.

En consecuencia, amplios sectores desafiados de las obras sociales y de las empresas de medicina prepaga tuvieron que recurrir a los servicios del hospital público. De este modo, entre el año 2001 y el año 2003 las consultas externas en los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires tuvieron un incremento de 7,9%. (8.316.005 a 8.974.000).

El sistema hospitalario público colapsó por el aumento de la demanda, la falta de fondos y el desabastecimiento de insumos. Este colapso obligó al Estado Nacional a declarar la Emergencia Sanitaria (Decreto 486/02), que contempló una racionalización del PMO, ahora PMOE (Programa Médico Obligatorio de Emergencia), para adaptarlo a las disponibilidades financieras de las obras sociales, y una redefinición del MSAS (Ministerio

---

<sup>117</sup> Según información dada Clarín por Pablo Giordano, titular de la Asociación de Empresas de Medicina Prepaga (ADEM). (14/02/04).

<sup>118</sup> Según datos del INDEC, publicados por Clarín (24/6/03).

de Salud y Acción Social) como fijador de las políticas generales, quedando a cargo de las provincias la prestación de servicios públicos de salud. (OPS, 2002:ii).

Con respecto al nuevo PMOE ha impuesto un fuerte ajuste en las prestaciones, eliminando o restringiendo numerosas prestaciones anteriormente gratuitas en aras de la emergencia sanitaria. Perfilado como prestación mínima, el PMOE contempla unos limitados servicios médicos preventivos y de rehabilitación y vuelve a recaer sobre el hospital público en lo que respecta a la atención no cubierta por los restantes sub-sectores.

Debido a las desigualdades sociales y a la iniquidad en el acceso a la salud, encontramos un mapa epidemiológico más que desalentador, sobre todo con relación a la situación materna-infantil. Cada año mueren en Argentina 500 mujeres y 13.000 niños y niñas menores de un año: 36 por día y 1 cada 40 minutos por causas evitables<sup>119</sup>. *La tasa de mortalidad materna* total es de 43 por cien mil nacidos vivos, pero este número no expresa las desigualdades regionales: para Capital Federal es de 9 mientras que para Buenos Aires es de 21; para Neuquén es de 10 mientras que para el Chaco de 159; para Formosa 139 y para Jujuy 197. (Ministerio de Salud, 2004). Una Encuesta de Condiciones de Vida (ECV), realizada en 2001 por el SIEMPRO y el INDEC, mostró además que sólo el 34,8% de las mujeres de 25 y más años había realizado una consulta ginecológica en los últimos 12 meses (Cambio Cultural, 2003).

Es interesante resaltar que el 29% de las muertes maternas se produce por abortos realizados en forma clandestina (CELS, 2002)<sup>120</sup>. La mortalidad materna se asocia a la maternidad adolescente de la cual el 35,3 % es producto de embarazos terminados en abortos. (Clarín 8/3/04). Las internaciones en hospitales públicos por complicaciones en la interrupción del embarazo crecieron un 46% en 5 años (de 48.000 en 1995 a 78.000 en el año 2000). El 40% de estas internaciones corresponden a adolescentes de menos de 20 años.

Pero estos promedios también ocultan diferencias regionales significativas: en la Rioja las internaciones por aborto aumentaron un 143%, en Misiones un 62%, en San Luis un 148%, en Buenos Aires un 70% y en Santa Cruz un 69% (idem, 2004). A pesar de lo

<sup>119</sup> El 58% de la población (21 millones de personas) está comprendida dentro del grupo materno-infantil (mujeres en edad fértil, niños y niñas y jóvenes hasta 20 años).

<sup>120</sup> Veremos que el promedio es estimativo dado los subregistros.

significativo de estos datos, la realidad de la penalización del aborto sugiere que existe un número mayor de casos que están subregistrados como “muerte materna”.

Otra consecuencia de la penalización del aborto es que da lugar a prácticas diferenciadas según las posibilidades económicas de las mujeres. Las mujeres con más poder adquisitivo recurren a consultorios privados donde son atendidas por profesionales “idóneos” en las mejores condiciones de higiene y cuidado. Por el contrario, las mujeres de menores recursos suelen tener acceso sólo a comadronas, enfermeras o a provocarse el aborto ellas mismas, con el consecuente riesgo para la salud y su vida.

Con respecto a la tasa de mortalidad infantil, los datos también son poco alentadores y expresan grandes desigualdades regionales. La tasa total de mortalidad infantil es de 16,3 por mil nacidos vivos, pero para la Capital Federal es de 9,6; para Buenos Aires de 15,0. Para Tucumán de 24,5 (subregistro), el Chaco 24,0 (subregistro), Formosa 28,9; y Corrientes 23,5 (INDEC, 2001). Además, las defunciones postneonatales reducibles por prevención son de 13,3%, por tratamiento 9,8%, por prevención y tratamiento de 24,6 %, por otros reducibles 11,3 % (Programa Materno Infantil, 2004). En total tenemos que el 59 % de las muertes postneonatales puede evitarse con prevención y tratamiento adecuado.

Es entonces en este escenario socioeconómico con un sistema de salud pública en crisis, una seguridad social mercantilizada y altas tasas de mortalidad materno-infantil, donde los médicos reproductólogos harán escuchar sus reclamos.

## **2. La situación de los centros reproductivos y el costo de los procedimientos.**

Por lo pronto, existen 35 centros privados acreditados por la Sociedad Argentina de Esterilidad y Fertilidad (SAEF), de los cuales 20 están además acreditados por la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (Redlara, 2001) (ver apéndice informativo E: “los centros reproductivos locales”). En 3 hospitales públicos es posible acceder gratis a las técnicas de baja complejidad como la estimulación ovárica sin uso de TR y la inseminación artificial<sup>121</sup>.

---

<sup>121</sup> Son el Durand, el Posadas y el Rivadavia.

Los centros privados son evaluados cada cinco años por la Red Latinoamericana que además produce registros estadísticos de los distintos procedimientos para la región. Se estima que hasta el 2003, en Argentina habían nacido 4.000 niños concebidos por FIV desde el 1986 cuando nacieron los primeros bebés por mediación del Dr. Nicholson. En ese mismo año, se realizaron 2.500 procedimientos de FIV, según datos del SAEF (*Clarín*, 27/7/03). Los costos totales de un tratamiento de alta complejidad se estiman en aproximadamente en 10.000 \$, aunque el valor varía para cada centro. El costo de una estimulación ovárica ronda entre 1.000 y 2.000 \$. Una FIV cuesta unos 3.000\$ y la medicación hormonal entre 500 y 2.000\$ (según la edad de la mujer y la respuesta ovárica). La ICSI, tiene un costo de 4.000\$ y la medicación es la misma para FIV. Una FIV con ovocito de donante cuesta aproximadamente unos 5.000\$ (Viva, *Clarín*; 2003: 23).

Según un informe de Susana Sommer, (1999:328) en Argentina y para el año 1999 (convertibilidad peso-dólar), los planes del Centro Fecunditas, dirigido por el Dr. Neuspiller, ofrecían “combos reproductivos” a sus clientes según: 1) Éxito: para clientes de 35 años, sólo se paga si queda embarazada, el costo es de 10.000 \$ y se devolvía el dinero en caso de no nacer un bebé; 2), Embarazo: para menores de 35 años se paga el embarazo y se tiene el derecho a tantos intentos como sean necesarios; 3) Un intento: 3.000 \$ y, 4), Tres intentos: 4.000 \$. Por otro lado, desconocemos si en algún centro local se implementa la modalidad de donar óvulos por parte de la “paciente” para recibir una rebaja en los procedimientos.

Según información pública (página web propia o medios gráficos) a pesar de la crisis social y económica los grandes centros mantuvieron los precios de los “tratamientos” aunque los costos se dispararon por la salida de la convertibilidad. Una forma ingeniosa de mantener la rentabilidad comercial de los centros más prestigiosos (IFER, CEGyR, Halitus y Fecunditas), es la política de captación de clientes extranjeros mediante campañas publicitarias y ventas de paquetes de “turismo reproductivo”, que conjuga la asistencia médica con otros servicios no médicos: anfitriones bilingües, asesoramiento en materia de hospedaje y recreación durante su estadío en Buenos Aires<sup>122</sup>. (*La Nación*, 3/7/02).

---

<sup>122</sup> El Centro Cegyr lanzó en agosto del 2002, en Miami, la promoción de servicios reproductivos con el nombre de “Calidad y Calidez” y el lema central fue “nunca un viaje tuvo un mejor destino”. Por medio de la pagina web ([www.comedreproductiva.com](http://www.comedreproductiva.com)), los interesados efectúan su consulta, remiten su historia clínica y transmiten sus necesidades extra-médicas: hospedaje, recreación, escapadas turísticas, compañía e idioma. (*La Nación*, 3/8/02)

Frente a esta nueva tendencia, el Dr. Lombardi, del Centro IFER, lamenta que los procedimientos terminen dirigidos a pacientes de otros países: *“Hacen número y no lo piensan. Pero no nos causa ninguna satisfacción. En el IFER, preferimos tratar a argentinos. Precisamente mantenemos los valores porque no podemos comercializar con el deseo de ser padre”*. Aquí se sugiere que los “tratamientos” dirigidos a “pacientes argentinos” a precios “módicos” no es, de ningún modo, comercializar con el deseo de ser padre, pero sí con el de los clientes extranjeros. El límite que marca la distinción entre un servicio a la carta (on-line) y un tratamiento médico parecería ser una cuestión moral: el costo del tratamiento.

Por otro lado, existen en Argentina 4 bancos de semen y un banco de óvulos para postergar la maternidad que desde el año 2002 funciona comercialmente (aunque de manera experimental lo hacía desde 1997). Este último es propiedad del instituto CER dirigido por la Dra. Ester Polak y el costo por congelar los óvulos es de 4.000 \$ más un monto de 400 dólares para cubrir el material descartable. A partir del segundo año hay que abonar unos 700 \$ pesos anuales de mantenimiento. (Página 12; 8/2/04). Es necesario recordar que la congelación de óvulos sigue siendo una técnica experimental y que la tasa de sobrevivencia es muy baja, pero según la Dra. sería del 50%.

Pero si lo expuesto hasta aquí evoca la idea equivocada de que las TR constituyen un negocio rentable, a continuación hay que añadir que algunos de estos mismos centros, poseen además *fundaciones* o *asociaciones sin fines de lucro* dedicadas a la recaudación de dinero para la investigación animal y prestar ayuda a parejas infértiles sin recursos<sup>123</sup>.

Tomemos como ejemplo al instituto Halitus, centro líder de la Argentina creado por el Dr. Pasqualini y el Dr. Carlos Quintans: cuenta con todas las TR disponibles hasta el momento<sup>124</sup>, con una Asociación Civil sin fines de lucro llamada “Origen y Vida”, y el Departamento de Veterinaria que tiene *“el objetivo principal de investigar sobre modelos animales acerca de la reproducción asistida para extrapolar estos resultados a la fertilidad humana”*, según declaran sus promotores. (entrevista al Dr. Pasqualini, *Sentir y Pensar*, 18/7/04)

---

<sup>123</sup> según declaración de los propios médicos, éste último objetivo ha tenido que abandonarse por la crisis económica.

<sup>124</sup> también posee su propio espacio televisivo (Sentir y Pensar, CVN), página Web donde se ofrecen sus servicios, una historia clínica virtual, programas para clientes extranjeros, sorteo de medicamentos para “tratamientos de fertilización asistida” y promociones o “combos” reproductivos, entre otras cosas.



Sin embargo, una mirada atenta a la historia efectiva nos muestra una realidad diferente. Según el Dr. Pasqualini, el Departamento de Veterinaria fue creado en 1995 con dicho objetivo (idem, 2004), es decir ocho años después de la creación de Halitus. Pero en 1991 se da el nacimiento del primer bebé obtenido por embrión congelado (La Nación, 24/01/91). También, en 1991, se dieron los primeros nacimientos de niños (dos mellizos y un nacimiento único) mediante una técnica llamada Inyección subzonal de espermatozoides (SUZI). En su momento, este “éxito” ensombreció el carácter experimental de la técnica<sup>125</sup>. En junio de 1993 nacieron 5 bebés a partir de embriones criopreservados en estado de pronúcleos, (La Nación, 15/6/93). Cuatro años después (en 1994) el Instituto Halitus fue nuevamente pionero en la aplicación de la técnica ICSI en Argentina sin previa experimentación animal.

Queda claro entonces que “el objetivo principal” de investigar sobre modelos animales acerca de la reproducción asistida para extrapolar estos resultados a la fertilidad humana debe ser puesto entredicho. Los nuevos conocimientos adquiridos en la práctica clínica más bien deben ser vistos como la *condición sine qua non* para su aplicación en nuevos campos. En efecto, el departamento fue incorporando servicios hacia el sector ganadero que permitieron que el área veterinaria de Halitus se introdujera en la producción agropecuaria:

*“En esta línea trabajamos en la producción in vitro de embriones para vacas de alto valor genético que no se reproducen por los métodos habituales. Otro de los servicios es el congelamiento de células de animales de alto valor genético para conservación de su información genética –germoplasma- para una eventual clonación a futuro. Y el congelamiento de tejido ovárico, en el cual se destaca la línea experimental de nuestro desarrollo, que ha sido publicada”* (idem, 2004).

Vemos, pues, que el desarrollo de las TR en Argentina difiere sustancialmente poco de lo ocurrido en los países pioneros (Corea, 1986). La comunicación, el traspaso, el

---

<sup>125</sup> Sólo dos semana antes del mencionado éxito un clave de Estados Unidos anunciaba que por primera vez se había tenido éxito con esta técnica. Tampoco se cuestionó el peligro de poliespermia (fecundación múltiple) debido a la intervención forzosa para unir la gametas (El Dr. Pasqualini negó rotundamente que se tratara de forzar la fecundación sino de una simple “ayuda”). (Entrevista, La Nación: 12/09/1993)

intercambio de experimentación y aplicación de nuevos conocimientos técnicos entre el área veterinaria y el ámbito humano son, de hecho, de mutua implicancia.

Así, un nuevo campo de experimentación y adquisición de nuevos conocimientos fue abierto con la emergencia de las TR y con él nuevas expectativas de ganancias económicas y científicas. La lógica de la empresa privada es justificada en este caso como un servicio médico cuyo objetivo es responder a la demanda de ser padres biológicos.

### **3. La patologización de la infertilidad: los intereses corporativos y demandas al Estado**

En Argentina, a diferencia de otros países, la infertilidad no es aún considerada “oficialmente” una enfermedad y, por lo tanto, ni las obras sociales ni las empresas de medicina prepaga cubren los procedimientos con TR de alta complejidad. En este marco, los médicos reproductólogos tienen la necesidad imperiosa de constituir e instaurar públicamente a la infertilidad como una enfermedad que requeriría atención institucional urgente y, por ende, la contemplación de su cobertura por el Sistema Nacional de Salud.

Así, una estrategia recurrente de los reproductólogos para expresar sus propias demandas es convertirse en portavoces de las necesidades de sus reales o potenciales pacientes. Para la Dra. Ester Polak *“es muy grave que los problemas de infertilidad no sean considerados como una enfermedad, una discapacidad y no sean contemplados por los servicios de salud (...) Es una hipocresía y una injusticia creer que sólo las clases más altas necesitan de técnicas de fertilización asistida para tener un hijo”* (Clarín, 3/2/02). La palabra autorizada de la experta no deja espacio para cuestionar el carácter patológico de la infertilidad y permite denunciar públicamente las “injusticias” del sistema de salud al no preocuparse por este “grave problema” que afecta a todos los sujetos “sin distinción de clases”.

En referencia a la falta de cobertura médica, la Dra. Polak explica en otro medio que *“Es algo muy desafortunado si se tiene en cuenta que el porcentaje de parejas con dificultades para procrear supera el 20 %. Además, es un prejuicio creer que las personas de bajos recursos no tienen este problema. Lo que no tienen son los medios para tratarse en forma apropiada”* (La Nación, 05/01/02). Nuevamente, aparece aquí la denuncia pública

al sistema de salud por su negación a tomar en cuenta las necesidades “reproductivas” de los sectores de bajos recursos. Sin embargo, esta manera de construir las demandas elude dos cuestiones que observamos en el apartado anterior: en primer lugar, los problemas de acceso a los servicios básicos de atención a la salud para los sectores más castigados por la crisis económica y la mercantilización de la salud. Segundo, y relacionado al anterior, no se cuestiona la desigualdad estructural entre pobres y ricos en el acceso a los servicios de salud reproductiva. Las críticas condiciones de reproducción material de los sectores populares influyen tanto en la decisión de limitar la maternidad (v.gr. aborto) como en la incidencia de la mortalidad materno-infantil. No obstante, estos problemas se diluyen ante el problema “angustiante” de falta de medios para “tratarse en forma adecuada” con las TR.

El prestigioso Dr. Claudio Chillik también se pregunta *¿debe considerarse la esterilidad como una enfermedad?, ¿puede ser cubierta por las obras sociales y prepagas?*”. La respuesta ya no sorprende, “*La OMS define a la salud como el bienestar físico, psíquico y social, y en la esterilidad ese bienestar no existe, por tanto es una enfermedad*”. Con respecto a la segunda pregunta, “*la mayoría de las parejas es estériles no logran el embarazo no porque la ciencia no pueda ayudar, sino por los costos de los tratamientos. Las prepagas deben aceptarlo expresamente, porque para algo la gente paga cuotas altísimas, no se los puede discriminar. Antes también discriminaban a los que tenía Sida, hasta que el Estado las obligó a prestar esa cobertura. Se puede entender, en cambio, que las obras sociales tengan otras prioridades. Aunque también deberían aceptarlo, optimizando recursos y dándole a la fertilidad un lugar de privilegio en la escala de valores*” (La Razón, 1/7/03).

Es de suponer que el Dr. Chillick conoce a la perfección la situación financiera de las obras sociales y cómo es que deberían optimizar sus recursos ya de por sí escasos debido a la desafiliación de sus aportantes y a los efectos de las políticas de desregulación. Por otro lado, es cuestionable el argumento que exige darle “un lugar a la infertilidad en la escala de valores” cuando la calidad y la extensión de los servicios brindados por las obras sociales –previa mediación de las prepagas- tienden a disminuir según los lineamientos del Estado fijados de acuerdo a la Emergencia Sanitaria.

No obstante, y en consonancia con su anterior argumentación, el Dr. Chillik cuestiona al Estado creyendo que aún estamos frente a una medicina social comparable al

primer mundo: *“en todos los países donde hay medicina social la infertilidad es considerada una enfermedad y tanto los tratamientos como la medicación son gratuitos. Aquí no es así por un tema económico, porque la infertilidad es cara. Para las obras sociales la infertilidad es una mala palabra, porque la asocian a embarazos múltiples, que también son caros”* (Clarín, 1/7/03).

Sin duda la negativa esta relacionada a un tema económico. Diversos estudios han analizado el aumento dramático de los costos para el sistema de salud relacionadas a la multigestación y a los cuidados neonatales derivados de la aplicación de las TR ( Neumann y cols, 1994, NEJM 331:239-243; Callahan y cols, 1994, NEJM 331:244-249; Jain y cols, 2002 NEJM 347:661-666). Todos estos estudios han afirmado que cualquier discusión acerca de expansión de la cobertura de las TR debe estar precedida de un exhaustivo análisis no sólo de los costos económicos por ciclo de fertilización in vitro, sino también de otros costos asociados, como el tiempo empleado y las complicaciones del “tratamiento” (sensitivity analyses); es decir, de los riesgos de las TR, que implicarían un mayor gasto en salud.<sup>126</sup>

Es interesante resaltar que la discusión sobre la cobertura de los procedimientos con TR ha quedado en manos de estos expertos -cuyos intereses no son neutrales- y no se ha planteado desde el Ministerio de Salud preocupación alguna por realizar estudios de riesgos en cuanto a la utilización de TR por los “usuarios”. Mucho menos se ha efectuado, con anterioridad a toda discusión sobre su integración en la seguridad social, una estimación del impacto de la medicina reproductiva sobre el sistema de salud

No obstante, el Dr. Pasqualini vislumbra una salida a esta situación *“Nosotros podríamos comprometernos ante las obras sociales a que después de estos tratamientos no se produzcan embarazos múltiples, que son el gran temor. Esto se puede hacer, pero no hay voluntad ni de escuchar”* (Clarín, 02/07/03).

Sin embargo, resulta dudosa esta promesa pues, como vimos, los embarazos múltiples han tendido a aumentar en los países centrales gracias a las TR antes que

---

<sup>126</sup> Con respecto al tiempo debe considerarse las horas o días de ausencia del trabajo requeridos por el “tratamiento”. Entre las complicaciones: los riesgos maternos de la FIV incluyen los riesgos de hiperestimulación ovárica, y todas aquellos mencionados en la parte II de este trabajo; las complicaciones neonatales de los nacimientos múltiples implican cuidados intensivos y un mayor requerimiento de agentes auxiliares de la salud. También es necesario tener en cuenta que la probabilidad de embarazo con FIV

disminuir, y han pasado a ser considerados una “nueva epidemia”. En España y Francia donde los procedimientos con TR son cubiertos por la seguridad social, los funcionarios del sector salud están preocupados por el aumento de los embarazos múltiples, y aclaran que éstos son aún mayores entre las clínicas privadas, donde impera el “*objetivo de conseguir el embarazo como sea, implantando varios embriones*” (El mundo, 22/08/03). Se considera además que esta situación podría solucionarse si los *médicos tuvieran la voluntad de hacerlo* (DiarioMedico.com, 04/07/02). Sin embargo, todos los médicos reproductólogos sin excepción admiten que la transferencia de menos de tres embriones, reduce las probabilidades de embarazos (de un 33,8 % con 3 embriones a 11,5 % con un único embrión (Redlara, 2001, 12). Este fracaso técnico pondría en evidencia los altos costos económicos para el sistema de salud y los riesgos físicos y emocionales que deberían soportar las mujeres al verse obligadas a someterse reiteradas veces a una FIV o ICSI para lograr el embarazo. Reducir el número de embriones a ser transferidos va en contra de la lógica eficiencia-efectividad de las prácticas reproductivas: aumentar las probabilidades de embarazo transfiriendo una mayor cantidad de embriones frente al éxito relativo de las técnicas.

La decisión de las empresas prepagas de no cubrir a las TR es justificable dentro la lógica economicista de maximizar los beneficios y reducir los costos. Por lo tanto, si las TR no son rentables, dado que aumentan los costos de los servicios de salud privado, porqué entonces debería hacerlo las obras sociales (de por sí en situación crítica) donde debería imperar la lógica de distribución equitativa de los recursos y del acceso universal a los servicios de salud.

Sin embargo, los reproductólogos no están solos en esta disputa política por el reconocimiento de sus demandas vehiculizadas, como ya mencionáramos, como demandas de los “pacientes”. Diversas asociaciones civiles conformadas por especialistas del área, psiquiatras, psicólogos y “pacientes” tienen como objetivo “apoyar a las parejas antes, durante y después del tratamiento”<sup>127</sup>. Luis Barón, psiquiatra y directora de la *Fundación*

---

disminuyen al aumentar los intentos (declina un punto porcentual por ciclo, de 12 % en el primer ciclo a 7 % en el sexto ciclo). (Neumann, 1994 NEJM 331:239-243).

<sup>127</sup> **EPSARE**, Equipo Psicológico de Atención en Reproducción tiene un equipo especializado en la atención de pacientes con trastornos reproductivos. Su misión es “*asistir, orientar, contener y asesorar; por tal motivo ofrecemos en EPSARE asistencia individual, en pareja o grupal antes, durante y después de las intervenciones médicas indicadas para salir al encuentro del hijo*”. Es de resaltar que los miembros

para la Investigación Médico-Psicológica (IMPSI) se ha convertido en una férrea defensora de los derechos de los infértiles. En una nota de opinión sostenía que, *“En medio de la crisis mundial que se atraviesa, con guerra, violencia y crecimiento de la pobreza, conviven también fuertes manifestaciones del deseo de vida (...) Por ese motivo, y sin desoir otros problemas más acuciantes y masivos, el 2003 es el segundo año en que organizaciones de todo el mundo celebran en junio el Mes Internacional de la Infertilidad”*. (Clarín, 19/6/03). A pesar de esos *“acuciantes problemas”*, el objetivo del mentado mes de la infertilidad es un *“compromiso mundial”* para lograr que la infertilidad sea reconocida como una enfermedad y *“remover el estigma de quien la padece”*. Lanzado en el 2002, el *“mes de la infertilidad”* puede ser considerado una estrategia para *“concientizar”* a la población en la medicalización de la infertilidad y *“comprometer”* a los gobiernos a tomar medidas frente a lo que se considera un nuevo problema social.

Luis Barón, a igual que los médicos, considera que la infertilidad es una enfermedad y supone, paradójicamente, que así etiquetada ayudaría a la remoción de ésta como estigma social. No obstante, en las diferentes irrupciones mediáticas de la psiquiatra -que ya veremos son reiteras y en momentos claves de construcción de sentido- no son problematizadas las condiciones sociales que permiten estigmatizar la ausencia de hijos, por el contrario, refuerza la ideología médica al patologizar la infertilidad. Esta no problematización se hace inteligible si es analizada en función de los intereses en juego del campo de la medicina reproductiva. Para ello hay que retrotraerse hasta el año 2001 para comprender cómo fue cristalizándose ese particular sentido en torno a la infertilidad y a los medios para *“desestigmatizarla”*.

El IMPSI, en 2001, invitó al prestigioso neozelandés Ken Daniels a la Argentina a ofrecer una conferencia en su centro. En ese entonces, el Experto afirmó que *“en la Argentina los diversos costosos tratamientos para superar la infertilidad deberían estar cubiertos por las coberturas médicas de los pacientes, como ya se hace en muchos países de Europa o de Oceanía como Nueva Zelanda”*. (Clarín; 03/05/01). No es casual, ni

---

fundadoras y coordinadoras de EPSARE, son además Coordinadoras del Equipo Psicológico de Fecunditas, Instituto de Medicina Reproductiva, miembros del Comité de Bioética de Fecunditas, Instituto de Medicina Reproductiva y miembros Activas de la SAMER, Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (ex Sociedad Argentina de Esterilidad y Fertilidad). Otra asociación de *“pacientes”* es *Concebir* dirigida por una ex paciente, psicólogos y pacientes.

políticamente neutral, la invitación del mencionado experto ya que ha sido asesor en temas relacionados con reproducción asistida y seguridad social de los gobiernos de Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Suecia y Australia. En la mencionada conferencia el experto afirmó que *“con la falta de cobertura médica del tratamiento de la infertilidad se está cometiendo una discriminación contra muchas parejas argentinas que desean tener hijos y no pueden lograrlos”* (Idem, 2001).

La autoridad internacional del experto en este tema da cierta legitimación oficial a las demandas corporativas locales, y permite transformar un problema socialmente limitado -un grupo de sujetos que desean tener hijos propios a cualquier precio- en un problema universal. Para ello, se apela a los costos individuales -emocionales y económicos- por la ausencia de hijos y se diluyen, como lo hizo la psiquiatra, los costos -riesgos- de las intervenciones médicas para lo sujetos y los costos económicos para el sistema de salud:

*“La falta de cobertura médica del tratamiento de la infertilidad es uno de los principales obstáculos que encuentran las parejas (...) también se pueden enfrentar a otros desgastes: devastación, pérdida, tristeza, confusión, son algunos de los sentimientos que aparecen en cada miembro de la pareja tras los frustrados intentos de conseguir un embarazo (...) ¿qué hice mal? O ¿por qué esto me está sucediendo a mí?, son las preguntas mas frecuentes de las pacientes. Algunos pueden experimentar unos sentimientos de culpa porque su problema de infertilidad no les permite a su pareja alcanzar la meta de tener un hijo propio (...) en los países occidentales hay una tendencia a estigmatizar la infertilidad [y para remover este estigma] deben tratar de contarse cómo lo están viviendo y para eso pueden recurrir a la ayuda de un psicólogo, un psiquiatra o de un trabajador social”.* (Op.cit, 2001 el resaltado es nuestro).

Se observa entonces una continuidad discursiva entre los representantes de la corporación médico-reproductiva en torno a la patologización de la infertilidad y la “defensa” de los derechos de los “pacientes” como condición necesaria para vehicular intereses propios. Se observa además que el campo de intervención médica se amplió abarcando el aspecto emocional y/o psicológico de las “parejas” a cargo de nuevos expertos “psi”.

Crear conciencia es, pues, una estrategia fundamental para lograr un amplio consenso de la necesidad de contar, entre los servicios de salud, con las tecnologías de reproducción que prometen el hijo propio. Nuevamente es Luis Barón quien está autorizada a realizar el diagnóstico de la situación y cree necesario que *“ciertos sectores de la sociedad asuman el compromiso de educar para construir una población “saludable” y sin tabúes, y encontrar un marco regulatorio para la infertilidad que, en nuestro país, no se la considera dentro del sistema de previsión social.”* (Clarín, 19/06/03). Estos “ciertos sectores” no son otros que los expertos reproductólogos que, junto a los expertos de la psique, deberán promover una sociedad medicalizada -¿saludable?- acorde a una nueva racionalidad tecnocientífica, es decir *sin tabúes*. Será también esta población normalizada - (¿educada?)- la que deberá presionar al Estado para que sus -¿o los de ellos?- derechos sean reconocidos. En efecto, un grupo de pacientes de la Fundación IMPSI (Asociación de Pacientes) llevo, en el 2003, ante el Parlamento su propio proyecto de ley de reproducción asistida que plantea la necesidad de que el Estado reconozca la infertilidad como enfermedad para que pueda así ser cubierta por el Programa Médico Obligatorio<sup>128</sup> (*La Razón*, 01/07/03).

Así, en todos estos discursos se excluye la pregunta del porqué y la pregunta del cómo se constituye como estigma la infertilidad para quien la padece. Si la infertilidad es un estigma social, ¿la única solución posible es su medicalización?. Problematizar estas cuestiones es, sin duda, autoatentar contra los intereses de los reproductólogos y de los nuevos expertos “psi” aunados a éstos en el negocio de la infertilidad. Cuestionar y ahondar en las fuerzas sociales que presionan a mujeres y hombres para que experimenten la falta de hijos como mutilación personal, es también cuestionar los fundamentos de legitimación de las intervenciones médicas.

Pero tanto para Luis Barón como para los médicos, *“las parejas sufren un doble costo frente al hijo que no llega: el emocional y el económico (...) no se pueden sumar al dolor de sentirse diferente por no tener un hijo, el dolor de estar “fuera de la ley”.* (Clarín, 19/06/03) Ese dolor por el “nido vacío” que sufren los pacientes, y que la doctora pretende

---

<sup>128</sup>Una de las pacientes comenta su desilusión: “Fuimos a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados y nos dimos cuenta de que es un tema difícil”. Esta paciente de nombre María Fernanda, maestra jardinera y psicóloga, pasó 8 años intentando tener un bebé, hasta que nació Sofia. Los tratamientos le costaron 18.000 dólares (*La Razón* 01/07/03).



interpretar desde su lugar (saber no muy diferente al del sentido común), nada dice del vía crucis que deben pasar mujeres y hombres para alcanzar la paternidad.

Lo que subyace entonces en el discurso experto acerca de la infertilidad y la angustia que produce en los/las sujetos es la naturalización de la construcción social de la maternidad y la paternidad por la cual se considera que la falta de hijos coloca a mujeres y hombres en una alteridad negativa: “diferente”, “marginado/a”, “discapacitado/a”, “irrealizado/a”, según la norma social vigente.

Hemos visto que la infertilidad esta íntimamente ligada a la ideología de género, a los ideales de maternidad como constituyentes de la femineidad, y la paternidad como expresión de la masculinidad hegemónica. Estos supuestos, que permean el imaginario social, se convierten en estrategias discursivas de la corporación médica y, por tanto, en elementos ideológicos de (re)producción social y legitimación de la desigual intervención sobre los cuerpos de mujeres y hombres.

Se observa además que estas mismas ideologías operan para construir demandas y exigir respuestas políticas del Estado acordes con aquellas, aún cuando no se esté en condiciones económicas y políticas de poder responderlas. Si bien técnicas como la FIV o la ICSI pueden jugar a favor de los intereses de las pocas mujeres y hombres que tienen acceso a ella, sirve más claramente a los intereses -sean comerciales, profesionales, académicos - de quienes las controlan.

Entonces, una doble presión se efectúa sobre los/las sujetos: el mandato social de la mater/paternidad y la medicalización de la “infertilidad”. Ambas se superponen y se refuerzan para crear mayores presiones y nuevas angustias. La patologización de la infertilidad no desestigmatiza -como creen los expertos- la infertilidad. Por el contrario, la medicina reproductiva etiqueta a ciertos sujetos con dificultades para procrear como enfermos y los procesa dentro de un rol social específico, el rol del paciente. El sujeto así etiquetado puede sufrir consecuencias que son independientes de los componentes biológicos o psicosociales de la enfermedad creando angustias innecesarias y demandas irracionales en el contexto actual del sistema de salud.

Las demandas corporativas de la medicina reproductiva están más relacionadas a la crisis económica que afecta al mercado reproductivo, que a preocupaciones humanistas. La pérdida de una potencial clientela de los sectores medios y altos debido al aumento de

costos en los procedimientos impone ampliar el mercado mediante nuevas estrategias. Estrategias que son paralelas a las estrategias de captación de clientes extranjeros pero, en las primeras, el carácter lucrativo se construye como problema de *todos aquellos que no pueden tener hijos* y no pueden pagar los costosos procedimientos. Entonces, si la estrategia del “turismo reproductivo” es percibida por algunos expertos como una práctica claramente comercial, es necesario que la estrategia local adquiera el sentido de un problema médico con carácter de urgencia.

#### **4. La respuesta del Estado ante las demandas corporativas**

Frente a las diversas demandas corporativas el gobierno respondió, en 2003, que la infertilidad “*no es una afección prevaleciente en el mapa epidemiológico del país*”, y que el “*Programa Medico Obligatorio, se estableció teniendo en cuenta las enfermedades prevalecientes*”, según la declaración de Rubén Torres, titular de la Superintendencia de Servicios de Salud. (Clarín, 01/07/03). Esta rotunda negación a considerar a las TR dentro del PMOE no sorprende pues, como se ha visto, dicho programa selecciona una serie de afecciones específicas que deben ser garantizadas por éste programa estándar (que alcanza tanto a las obras sociales como a las empresas de medicina prepaga)<sup>129</sup>. No obstante, desde el Ministerio de Salud no es cuestionada la naturaleza patológica de la infertilidad dejando así, el camino abierto a futuras demandas.

En efecto, dada la Emergencia Sanitaria (Decreto 486/02) el Estado no obliga al Sistema Nacional del Seguro de Salud a cubrir los tratamientos con TR. No obstante, los grupos presión tienen la opción de demandar y/o denunciar a las obras sociales y empresas de medicina prepaga por no garantizar la cobertura de embarazos, partos y cuidados del recién nacido que son resultado del uso de las TR. La posibilidad de judicializar estas demandas está contemplada por omisión en el PMOE. El Plan Materno Infantil comprende

---

<sup>129</sup> El PMOE (Resolución 201/2002) es una versión modificada del antiguo PMO (Resolución 939/00) para garantizar las prestaciones básicas esenciales e imprescindibles para la preservación de la vida y la atención de las enfermedades que deben garantizar el Sistema Nacional del Seguro de Salud y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, mientras subsista la situación de emergencia sanitaria. En el mismo, se apunta a dar prioridad a las políticas de prevención de las enfermedades por sobre las acciones curativas, reafirmando los principios de la atención primaria de la salud, entendiendo a la misma sólo la cobertura para el primer nivel atención, sino y fundamentalmente como una estrategia de organización de los servicios sanitarios. (Idem, pp. 1-2).

un ítem dentro del PMOE (Resolución 201/2002, Anexo I: cobertura, punto 1.1.1), según el cual debe cubrirse el embarazo, el parto, y la atención del recién nacido. Este ítem no discrimina entre embarazo resultante de una relación sexual o mediante reproducción “asistida”. No obstante, dada la interpretación oficial de la emergencia sanitaria y de los objetivos de “garantizar” un mínimo de prestaciones básicas y esenciales, puede inferirse que dicho programa apunta a los denominados grupos vulnerables<sup>130</sup>. Sin embargo, esta no especificación/diferenciación da lugar a que los grupos de pacientes junto a los expertos, denuncien a las obras sociales (a su ente regulador, la Superintendencia de Seguros de Salud) y a las empresas de medicina prepaga (a través de la Subsecretaría de Defensa de la Competencia y del Consumidor, dada la inexistencia de un ente regulador propio) para que cubran los costos de la medicina reproductiva<sup>131</sup>.

De este modo, los grupos de “pacientes” nucleados como asociaciones “independientes”, aunque ligados a diversos profesionales de la salud reproductiva o mental, están constituyéndose como grupos de presión. Es de resaltar que, si bien es legítimo considerar a las mujeres embarazadas mediante TR como grupo vulnerable, su situación de vulnerabilidad no es análoga a la de las mujeres embarazadas que no han pasado por la medicina reproductiva de alta complejidad. La diferencia no estriba entonces entre embarazos “naturales” y embarazos “artificiales”, sino en los recursos económicos individuales que han sido necesarios para alcanzar el embarazo, y la posibilidad de costear el parto y los cuidados neonatales. Es decir, la vulnerabilidad de aquellas “parejas” que acceden a la elitista medicina reproductiva y luego sus obras sociales o privadas no se responsabilizan de las consecuencias de los tratamientos, no es semejante a la de aquellas mujeres embarazadas en condiciones de vulnerabilidad social. La vulnerabilidad social es un criterio implícito del PMOE cuando afirma que *“la caída de los recursos financieros del sector salud han motivado la ruptura de la cadena de pagos, con el consiguiente riesgo para los beneficiarios del Sistema Nacional de Seguro Social de no recibir las prestaciones*

<sup>130</sup> Se considera como grupos vulnerables embarazadas, niños de edad escolar, mayores de 65 años, entre otros (Resolución 201/2002 de aprobación del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE)), pp. 1.

<sup>131</sup> El Plan Materno Infantil de las prepagas y obras sociales según el PMOE cubre todo el periodo de embarazo, parto y la atención del recién nacido hasta que cumpla un año. La cobertura debe ser del 100 % en internación y ambulatoria (comprende consultas, estudios de diagnósticos relacionados con el embarazo, parto y puerperio, psicoprofilaxis obstétrica, medicamentos relacionados con el embarazo y el parto). Con respecto al infante: es obligatoria la realización de perinatología de los estudios para detección de la fenilcetonuria, del

*básicas y esenciales que garanticen el cuidado de la salud*". Situación, entonces, muy diferente a la de parejas que poseen costosos seguros privados de salud. El problema consiste en quién de estos dos amplios y desiguales grupos sale favorecido con la cobertura del PMOE, si el objetivo del mismo es garantizar el acceso a los bienes y servicios básicos para la conservación de la salud de toda la población.

Es de esperar, entonces, una mayor presión y activismo de estos grupos demandando y/o denunciado las "arbitrariedades" de la seguridad social al verse discriminados de la atención de estos servicios. Es posible también entender la necesidad, tal como fue expuesta por la Dra. Barón, de crear conciencia acerca del carácter patológico de la infertilidad entre la población y especialmente entre los más movilizadas "pacientes infértiles". La conceptualización de la infertilidad como enfermedad que construyen los reproductólogos, sobre la base de la definición ambigua de salud de la OMS, permite medicalizar aspectos de la vida social que con anterioridad hubieran necesitado de una "clara" etiología específica en términos biológicos. Es esa misma ambigüedad, explotada por medicina reproductiva la que permite enfatizar en los aspectos emocionales y/o psicológicos, pero sin cuestionar los factores sociales e ideológicos que subyacen en el fondo del cajón de sastre que es la "infertilidad".

Es necesario recordar que no es la conciencia mórbida, "independiente" de la evolución del discurso médico reproductivo, lo que permite a los pacientes construir demandas sociales para sus problemas procreativos. Por el contrario, es la existencia de un saber médico la que condiciona la experiencia social de la falta de hijo en el marco de la enfermedad y promete -a posteriori- dar soluciones técnicas a lo que se constituye como problema. Como sostienen Clavreul, *"sin duda lo primero es el sufrimiento del enfermo, pero no su demanda, que supone la existencia de un saber médico, por embrionario que sea"* (1978:154). La demanda, entonces, puede provenir tanto desde la misma corporación reproductiva como desde los mandatos sociales para cumplir con el deseo "innato" de ser padres.

De una clara distinción entre, demandas socialmente inducidas y deseo libremente expresado, de una conceptualización libre de ambigüedades de la salud, de la enfermedad y de la atención, dependerán las respuestas que se pronuncien desde los agentes estatales.

---

hipotiroidismo congénito, enfermedad fibroquística; la consultas de seguimiento y control, inmunizaciones

Respuestas que no pueden ser abstraídas de las necesidades imperiosas de garantizar las condiciones materiales de reproducción social, las cuales incluye las prestaciones básicas, necesarias y gratuitas a los servicios de salud para el conjunto de la población. Es necesario problematizar la (in)distinción entre intereses generales e intereses que se constituyen en el marco del nuevo prudencialismo, es decir, los que se inscriben en un “individualismo tribal” donde predominan los “derechos” del consumidor.

En efecto, el derecho a tener hijos propios a cualquier precio se ha constituido estratégicamente como la otra cara de los derechos reproductivos, pero mientras éste puede ser pensado como un derecho social la otro por el contrario, se va perfilando como derecho individual de acceder a los servicios que brinda el mercado. La medicina reproductiva construye subjetividad entre sus “pacientes” acorde a los valores representados en la figura del Homo Prudens, es decir, como sujeto responsable de sus propios riesgos según su capacidad adquisitiva.

No obstante, desde 1999, el contexto económico y social del país fue transformado como consecuencia de más de una década de políticas neoliberales. En el contexto actual de hegemonía del prudencialismo (O'Malley, 1996), calcular y protegerse individualmente de los riesgos se torna una tarea irrealizable para la mayoría de la población y dificultosa para unos pocos. No es extraño, pues, que en los últimos años aparezcan en el escenario social nuevas demandas al Estado para que garantice los derechos de los infértiles. No es tampoco casual el surgimiento de “nuevas expectativas” en torno a la necesidad de un retorno al “Estado Providencia Compensador” (Rosanvallon, 1995:11).

En este contexto, las expectativas de los médicos-empresarios y de los consumidores de servicios reproductivos no son intercambiables. Es posible afirmar que los móviles intrínsecos a las demandas corporativas por una mayor responsabilidad del Estado en temas de salud reproductiva, se inscriben dentro de la misma lógica reformista que expulso las otrora responsabilidades innegables del Estado en el sector salud. Es decir, el financiamiento indirecto de la salud privada con fondos públicos (PMOE).

En cambio, las expectativas de los usuarios de servicios médicos (reproductivos) se van constituyendo y articulando contradictoriamente con los valores propios de una conducta empresarial (gestión privada del riesgo) y con una reactivación nostálgica de los

---

del periodo, cobertura del 100% de la medicación requerida para el primer año de vida (idem, 2).

valores acorde a la vieja ciudadanía social. Sin embargo, las expectativas de los usuarios se enfrentan a la difícil situación de un Estado que ha abandonado su rol de garante de los derechos sociales. Los cambios implementados por la “ola neoliberal” fue una verdadera reconfiguración estratégica entre el Estado-sociedad civil (Oslak: 1997). Esta nueva articulación se asienta sobre la desintegración de los principios organizadores de la solidaridad y el “fracaso” de la concepción tradicional de los derechos sociales para ofrecer un marco satisfactorio en el cual pensar la situación de los excluidos. Con la implementación de un *nuevo arte de gobernar* devino una separación progresiva de los dos universos del seguro social y de la solidaridad (Rosanvallon, 1995).

Por lo tanto, es en la articulación compleja y ambigua entre un régimen de prudencialismo como tecnología de gestión de lo social y el aparente retorno -elemento de legitimación política- a un Estado intervencionista, donde hay que ubicar tanto a las demandas por cobertura de la medicina reproductiva (o sus efectos) como a las posibles respuestas que ofrezcan los agentes estatales en esta coyuntura.

## CAPITULO OCTAVO

### El Discurso Jurídico Como Discurso Social

#### I. El orden Jurídico

Abordar el discurso jurídico y en especial los proyectos de ley desde una perspectiva social supone ir mas allá del aspecto puramente normativo; esto es, la ley, la pura norma. El análisis de la “letra escrita” aborda al derecho como un conjunto de reglas sumamente estrictas cuya comprensión es posible mediante la simple lectura e interpretación de su lógica interna. Un abordaje social, por el contrario, retoma a la producción jurídica como *un discurso social y específico que expresa los niveles de acuerdo y de conflicto que operan en el interior de una formación histórico-social determinada*” (Ruiz, 2000:21, también Smart, 2000 Bourdieu 2000: 165-167). El derecho significa más que la palabra de la ley, organiza un conjunto complejo de mitos, ficciones, rituales y ceremonias, que tienden a fortalecer la creencia que él mismo inculca y que es condición necesaria de su efectividad.

El discurso jurídico articula diferentes niveles, donde las reglas de producción del mismo, son reglas de atribución de las palabras que individualiza a quien esta en condiciones de “decir” el derecho: el primer nivel corresponde al producto de *órganos autorizados* para crear normas (leyes, decretos, reglamentos) legislaturas y en general el cuerpo de juristas, el segundo nivel esta integrado por las teorías, doctrinas y las resultantes de las practicas teóricas de juristas, actuaciones personales de abogados y escribanos (además de otros operadores del derecho: como la producción académica y las escuelas de derecho). Por último, y en un tercer nivel, estaría la parte más oculta y negada del derecho: lo que se revela en los mitos y creencias; las representaciones sociales alojadas en el imaginario social que son vehiculizadas y estimuladas por el mismo.

El derecho consagra el orden establecido a través de la consagración de una visión que es garantizada por el Estado (Bourdieu, 2000: 201). Dota de sentido a las conductas y actos de los seres humanos, a la vez que opera como legitimador del poder, imponiéndose a través de las palabras de la ley. Como discurso social legítimo, dota de autoridad, faculta a

decir o hacer y su sentido resulta determinado por el juego de las relaciones de dominación, por la situación de las fuerzas en pugna en cierto momento y lugar. (Ruiz, 2000)

El derecho es la forma por excelencia del *poder simbólico de nominación* que crea las cosas nombradas, confiriendo a esas realidades nacidas de sus propias operaciones de clasificación la permanencia de las cosas. Es, por este motivo, un discurso activo capaz de producir efectos mediante la eficacia de la enunciación que consagra lo que enuncia. El efecto propiamente simbólico de representación consagra entonces al orden establecido. Por consiguiente, la estructura del discurso jurídico encubre y desplaza el lugar del conflicto social y permite al derecho instalarse como legitimador del poder, al que desplaza y torna neutral.

De este modo, el discurso jurídico deviene autosuficiente y autorregulado en su producción, y crea la impresión que en su organización y origen sólo necesita de la razón para ser aprehendido.

Sin embargo, como se ha visto, el discurso jurídico es un discurso social diferenciado que atribuye a juristas y a legisladores: *“la tarea de pensar y actuar las formas de administración institucionalizadas, los procedimientos de control y regulación de las conductas; ellos son los depositarios de un conocimiento técnico que es correlativo al desconocimiento de los legos sobre quienes recaen las consecuencias jurídicas del uso de tales instrumentos. [...] La opacidad del derecho es, pues, una demanda objetiva de la estructura del sistema y tiende a escamotear el sentido de las relaciones estructurales establecidas entre los sujetos, con la finalidad de reproducir los mecanismos de la dominación social”* (Cárcova, 1996, citado en Ruiz, pag.22).

En el desplazamiento y en el desconocimiento selectivo que produce el discurso jurídico reside su poder de dominación simbólica. El trabajo de formalización y de codificación (normas, leyes) de los agentes jurídicos pretende enunciar valores universales, éticos y trascendentes. De ahí que, según Bourdieu, *“las elecciones que el cuerpo (jurídico) debe realizar, en cada momento, entre intereses, valores y visiones del mundo diferentes o antagónicas, tienen pocas posibilidades de desfavorecer a los dominantes (...) pues, la lógica inmanente de los textos jurídicos, que son invocados para justificarlas tanto como para inspirarlas, son acordes con los intereses los valores y la visión del mundo de los dominantes”* (Bourdieu, 2000; 208).



La creencia tácitamente otorgada al orden jurídico debe ser reproducida sin cesar, *“y una de las funciones del trabajo propiamente jurídico de codificación de las representaciones y de las prácticas éticas es contribuir a fundar la adhesión de los profanos a los fundamentos mismos de la ideología profesional del cuerpo de juristas, a saber, la creencia en la neutralidad, la objetividad y la autonomía del derecho”*. (Idem, 210).

De este modo, el efecto de universalización o de normalización es uno de los mecanismos a través de los cuales se ejerce la dominación simbólica o la imposición de la legitimidad en un orden social. El derecho convierte un hecho regular en regla, la normalidad de hecho en normalidad de derecho. Contribuye así a imponer “universalmente” una representación de la normalidad con relación a la cual todas las prácticas “diferentes” tienden a aparecer como “desviadas”, “anormales” y “patológicas”. Especialmente “cuando la medicalización viene a justificar la juridización de la anormalidad” (Op. cit, 214)<sup>132</sup>.

## **II. El sujeto de derecho**

La estructura del derecho moderno se organiza en torno a la noción de sujeto de derecho. Se ha visto en el capítulo conceptual (Cap.I) que este sujeto racional investido de conciencia y voluntad, dotado de autonomía y libertad es una ficción, pero una ficción necesaria para la producción del discurso jurídico. Pero si este sujeto es una ficción, el ejercicio de su libertad y autonomía dependerá de lo que el orden social (el poder) le conceda. El sujeto de derecho es construido como si fuera “libre” en sus relaciones interpersonales, como integrante de grupos cuya pertenencia “elige” y “libre” para realizar todas las acciones que el derecho no prohíba.

Sin embargo, el derecho se introduce por todos los intersticios de la vida social en la medida que explicita quiénes son sus detentadores reconocidos, y también cada vez que dice con qué mecanismos es posible producir efectos jurídicos: *“solo algunos y bajo ciertas circunstancias, podrán contratar, reconocer hijos, contraer matrimonio, y aun matar y*

*morir legalmente*” (Ruiz, 2000: 20). El derecho entonces asigna a los sujetos sociales una identidad garantizada, un estado civil y poderes socialmente reconocidos. (Bourdieu, 2000).

De este modo, el derecho nos constituye, nos instala frente a otro y ante la ley: “*sin ser aprehendido por el orden jurídico no existimos y luego sólo existimos según sus mandatos; los seres humanos no son sujetos de derecho sino sujetos por él*” (Idem, 21). El derecho, entonces, interpela al mismo sujeto que constituye y, de ese modo, la estructura ficcional del discurso mantiene su propia integridad.

### III. Derecho y construcción de género

En el discurso jurídico no hay interpelación única del sujeto (el sujeto de derecho) sino múltiples interpelaciones concretas y siempre parciales. Se nombra a los individuos como sujetos específicos, se los releva por algunas de sus cualidades o “atributos” y sólo excepcionalmente se los alude como sujetos en general. Cada interpelación esta orientada hacia ciertos tipos de individuos que, supuestamente, están constituidos como sujetos (mayores/menores, hombres/mujeres/, delincuente/víctima, padres/hijos.). Esta pluralidad de interpelaciones sostiene la ficción de la constitución previa del sujeto. A través de este mecanismo ficcional se supone que el derecho prohíbe, interdicta a los sujetos, le asigna un lugar en el campo de la legitimidad o lo excluye de él, le otorga la palabra o lo priva de ella. Pero no existe tal constitución original porque no hay sujeto fuera de cada interpelación concreta. Todo sujeto de derecho se constituye hacia un afuera o hacia dentro, pero siempre en función de, en contra, frente a otro. No hay sujeto sin un otro, quién es otro y quién es sujeto depende de la palabra de la ley.

Desde esta perspectiva, es posible aprehender al derecho al modo de una tecnología de género (Smart, 2000:40). Es decir, nos permite analizar al derecho como proceso de producción de identidades de género fijos. Desarrollando esta idea, Carol Smart se pregunta “*¿cómo opera el derecho para producir género, siendo que el derecho es uno de los sistemas de discursos que producen no sólo la diferenciación de género sino formas muy específicas de diferenciaciones polarizadas?*” (Idem: 40). El análisis, siguiendo a esta

---

<sup>132</sup> Desde una perspectiva similar, Foucault ha analizado en profundizar cómo el saber médico-psiquiátrico invadió el campo de la justicia penal, transformando ambos poderes en un poder de normalización. Véase, Foucault, Los anormales, 2000, en particular pp, 15-59).

autora, debe enfocar en aquellas estrategias que intenta llevar a cabo la fijación del género a sistemas fijos de significados. Esto implica la posibilidad de empezar a ver cómo el derecho insiste sobre una versión específica de la diferenciación de género. Porque el derecho sólo puede pensar en un sujeto dotado de género, pero esto no implica que tengamos que invocar esa misma clase de diferenciación. Esto significa que el discurso jurídico es algo más que una sanción negativa que oprime a las mujeres o a los hombres. El derecho es también productor de diferencias de género y de identidad y sin embargo no es monolítico ni unitario. Mujeres y hombres siempre han resistido – y siguen haciéndolo- las construcciones de género hegemónicas o las han negado.

## Los proyectos de ley sobre “reproducción médicamente asistidas”: la (bio)juridización de la vida.

“La vida y la muerte son dos grandes enigmas de la condición humana y repercuten no solo en el interior del hombre sino también las estructuras sociales y culturales, ya que también para fines jurídicos es necesario determinar en que momento se producen estos acontecimientos”.

**Lylia M. Arancio de Beller, proyecto de ley ( reforma de los art. 63 y 70 del Código Civil) 2734/03.**

“Vida y muerte no son propiamente conceptos científicos, sino conceptos políticos que, en tanto tales, solo adquieren un significado preciso por medio de una decisión, las fronteras son móviles por que son fronteras biopolíticas. El ejercicio del poder soberano (...) se ha situado nuevamente en la encrucijada de la ciencias médicas y biológicas”.

**Giorgio Agamben, Homo sacer: el poder soberano y la nuda vida, pp. 208.**

### 1. Objetivos

El objetivo general del presente capítulo es analizar la implicaciones jurídico-políticas de los proyectos de ley sobre la “reproducción médicamente asistida” (RMA)<sup>133</sup>. Dada la complejidad de la cuestión, el análisis se centrara en algunas preocupaciones que se perfilan en dichos proyectos; esto es: el objeto de regulación, los destinatarios de las TR, el problema de la “donación” de gametos, la crioconservación de embriones y el estatus del embrión<sup>134</sup>.

Como se ha dicho, una cuestión al momento de analizar los proyectos, debido a que es central en los mismos, es el status del “embrión” o “pre-embrión”, según la valoración hecha de las células en proceso de división posterior a la fecundación. En particular, la relación entre los derechos supuestamente inherentes o potenciales del embrión y los derechos de los propios sujetos-pacientes (control sobre el propio cuerpo, capacidad decisoria con respecto al mismo, al embrión, etc.). Determinar el componente ideológico en

---

<sup>133</sup> A efectos de no producir confusión terminológica, en este capítulo mantendremos la caracterización oficial de las intervenciones médicas como “reproducción médicamente asistida” tal como surge de los documentos en cuestión. Como se dijo, una particular manera de nombrar una práctica (“asistida”) limita y fija un sentido que no es, de ningún modo, neutral.

la concepción y/o definición del (pre)embrión es fundamental para analizar las problemáticas que se constituyen alrededor del mismo.

Otro problema jurídico está relacionado con la irrupción de técnicas de laboratorio biotecnológico (criopreservación, medios de cultivo, etc.) que facilitan la donación de embriones y gametas. La problematización burocrática de las implicaciones de estas técnicas es de vital importancia dado que pone en evidencia la valoración de la paternofiliación en tanto se constituye como vínculo biológico o como vínculo social. Es decir, los problemas que la donación de gametas o embriones suscita para las normas consagradas de filiación, herencia y paternidad.

Las herramientas jurídicas que pretenden normativizar los avances científicos-reproductivos dan cuenta de las ideologías que subyacen tras la construcción de sentido de las TR, dado que éstas permiten desnaturalizar los vínculos padres-hijos. Asimismo, pone en evidencia la valoración de las alternativas sociales (maternidad lésbica, maternidad de mujer soltera o de viuda) al modelo de relaciones sociales centrado en la familia nuclear y el matrimonio heterosexual.

Se parte del supuesto general según el cual la pretensión de los legisladores de regular la “reproducción médicamente asistida”, dándole un marco legal acorde con la tradición jurídica nacional, tiene como objetivo (bio)juridizar aspectos más amplios de la vida social alcanzando los elementos más personales, más microscópicos de la vida. Así, lo que está en juego en los proyectos de ley es que lo biológico es automáticamente político y lo político es automáticamente biológico. (Agamben, 1995: 187).

Como hipótesis específica se sostiene que el objetivo central del Estado es constituir al embrión como bien jurídico tutelado (estatus similar al que posee el feto en nuestro sistema jurídico) y separarlo lo más tempranamente posible de la “madre”. Es decir, el derecho del embrión o pre-embrión es construido como el más importante con relación a los derechos de los sujetos, y en particular, a los derechos de la mujer.

El control jurídico, tal como se verá en los proyectos, apunta a la etapa anterior a la implantación del embrión en el útero materno. Esto significa que el Estado tendría el monopolio biopolítico para decidir sobre el cuerpo de la mujer (y del hombre), el destino de

---

<sup>134</sup> Las implicaciones jurídicas y éticas de las TR demandaría por sí misma una investigación abriendo múltiples perspectivas de análisis. En este trabajo, sólo focalizamos en algunas cuestiones, aunque esenciales, pero sin intenciones de agotar el análisis.

los materiales biológicos y la autoridad para penalizar aquellas conductas que se desvíen de las “nuevas” normas (bio)jurídicas que intentan constituirse.

Es, entonces, nuestro propósito relacionar las prácticas jurídicas de los legisladores que intentan regular a la RMA con la parte más negada de la prácticas jurídicas: las representaciones y mitos sociales que el discurso jurídico tiende a fortalecer y a (re)producir.

## **2. Una mirada a las leyes internacionales sobre reproducción asistida**

La regulación de la tecnología reproductiva en los países europeos se lleva a cabo de diversas formas: legislación específica con o sin sanciones penales correspondientes; reglamentación de tipo administrativo; recomendaciones de tipo médico-ético emitidas por asociaciones de profesionales médicos; Comités o Consejos Nacionales éticos de composición multidisciplinar<sup>135</sup>. Desde el punto de vista legal, la regulación de la RMA carece de uniformidad salvo en lo concerniente al reconocimiento de la paternidad legal al varón, que consintió la fecundación con semen de donante de los óvulos de su mujer o compañera; el rechazo a los contratos de la maternidad subrogada con fines de lucro (la ley inglesa la acepta sin fines de lucro); la creación de híbridos, la clonación reproductiva; así como la aceptación del derecho del donante al anonimato (excepción hecha por la ley sueca que reconoce el derecho del hijo a conocer la identidad de su padre biológico).

No ocurre lo mismo en cuestiones relativas al estatus del embrión, la investigación y experimentación en embriones creados *in vitro* para ese fin, o en embriones sobrantes de FIV; límites en el número de donaciones, límites en el número de embriones a ser implantados, entre otras cuestiones que no son contempladas en este trabajo.

Algunas de las leyes europeas son la Ley Sueca sobre fecundación artificial de 1984, la ley sobre fecundación *in vitro* de 1988 y las leyes 114 y 115 de 1991; en Noruega y Dinamarca ambas análogas de 1987; en Suiza el art. 20.4 de la Constitución Federal introducido en 1992, en Francia las leyes 653 y 654 del 29/07/94.

---

<sup>135</sup> Según un informe realizado por la Internacional Federation of Fertility Societies (IFF, *sourveillance* 98), en 1998, de los 38 países tomados en consideración (incluida Argentina), de ellos 20 tenían alguna legislación específica sobre TR, y 11 tenían recomendaciones de tipo ético médico o de Comités de ética, y 7 no reportaron legislación o recomendaciones algunas.

Se consideran **leyes permisivas** las leyes españolas (Ley 35/1988 de 22 de noviembre, modificada por la Ley 45/2003 en 21 noviembre de 2003; la Ley 42/1988, de 28 de diciembre “Sobre Donación y Utilización de Embriones o de sus Células, Tejidos y Organos” y en los aspectos punitivos en el Código Penal, aprobado por la ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre; el Real Decreto 120/2003, de 31 de marzo, que regula las experiencias controladas con fines reproductivos de fecundación de ovocitos o tejido ovárico congelados.

Se considera también jurídicamente permisiva a la ley inglesa (Human Fertilisation and Embryology Act. 1990, c. 37). Siendo una de las “flexibles”, va sumando nueva jurisprudencia o nuevos proyectos de ley con el objetivo de avanzar en la investigación con células embrionarias o en la selección del sexo por razones sociales, entre otras<sup>136</sup>.

Los criterios “ético-jurídicos” para definir a estas leyes como permisivas están relacionadas al estatuto jurídico otorgado a las etapas del desarrollo embrionario, es decir, a la división del óvulo después de ser fecundado. Tanto la ley española como la ley inglesa consideran que el *embrión* deviene sujeto de derecho a los 14 días luego de la fecundación cuando se haya implantado en el útero. En cambio, antes de ese periodo, se denomina *pre-embrión* a las células en división en un estadio anterior a la aparición de la línea primitiva o surco neural, es decir, la aparición de los rudimentos del sistema nervioso<sup>137</sup>. De ahí que sólo se considerará con derechos al embrión una vez implantado en el útero materno. En cambio, el pre-embrión tendría el potencial de convertirse en un ser humano, y por lo tanto, no posee los mismos derechos que el embrión, el feto o el individuo adulto.

Se entiende entonces que la permisividad se coloca en la mayor o menor libertad dada a los científicos para investigar y/o experimentar con los pre-embryones, cuestión que

---

<sup>136</sup> La Cámara de los Lores dió luz verde a la clonación de células embrionarias humanas para la investigación médica, lo que dejará vía libre a los científicos para intentar crear tejidos humanos con fines terapéuticos. Con la aplicación de estas nuevas leyes, los científicos podrán tratar una amplia gama de enfermedades, al crear un clon de embrión de una persona enferma y extraer de él células genéticamente idénticas a las del paciente para su uso en tratamiento (DiarioMedico.com, 27/02/02). Por otra parte, The Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA), creada en 1990, que regula las prácticas clínicas de reproducción asistida y uso de embriones, lanzó una consulta pública sobre la selección de sexo por razones sociales, estéticas y/o económicas desde el 22 de octubre de 2002 al 22 enero de 2003. (Sex Selection: Choice and Responsibility in Human Reproduction, 2003). [www.hfea.gov.uk](http://www.hfea.gov.uk).

<sup>137</sup> La importancia de este hecho radica en que su formación permite identificar por primera vez células que forman realmente parte del embrión, diferenciándolas de aquellas que forman parte del medio ambiente que lo rodea. Antes de ese momento es posible que se formen gemelos o que no se forme ningún embrión.

esta contemplada por ambas leyes. Por otra parte, estas leyes admiten la crioconservación y donación de embriones y de gametos; el acceso a las TR a las mujeres solteras; admiten la investigación con embriones sobrantes de FIV con fines terapéuticos, etc. Con respecto a los derechos y obligaciones que implica la paternidad, recaen sobre los que van a ser padres legales del niño y no sobre el donante; no se permite la selección de sexo, aunque se autoriza al médico a seleccionar donantes cuyos rasgos sean equiparables a los futuros padres legales (raza, grupo sanguíneo, rasgos físicos, etc.)<sup>138</sup>.

En cambio se considera **ley restrictiva** a la ley alemana de "Protección al Embrión" (Ley 745/90 de 13 de febrero). Esta ley define al embrión desde que hay fecundación y susceptibilidad de desarrollo del óvulo fecundando y se aplica también a toda célula totipotente extraída de un embrión, susceptible de dividirse y desarrollarse hasta formar un individuo (art. 8). Con respecto a las prácticas médicas, limita a tres los embriones a transferir al útero, a tres los óvulos a fecundar, se prohíbe la donación de gametas, la fecundación post-mortem, la modificación genética de la célula sexual en cualquier etapa de la gametogénesis y la creación de embriones sin fines reproductivos.

Otra legislación restrictiva es la ley italiana ("Norme in materia di procreazione medicalmente assistita". Legge 19 febbraio 2004, n. 40). La nueva legislación, acorde al pensamiento de la iglesia católica, tutela los derechos del embrión, impide su congelación, limita a tres el número de óvulos que pueden fecundarse e impide la donación de óvulos y espermatozoides. Limita la fecundación artificial tan sólo a parejas estables, casadas o no, y sólo si están formadas por personas de distinto sexo y en edad reproductiva.

En esa línea, la ley italiana, excluye de la fecundación artificial a las viudas, a las mujeres solteras, a las parejas homosexuales y a las parejas que sean portadoras de enfermedades genéticas conocidas. Se prohíbe también cualquier modificación del patrimonio genético del embrión.

La fecundación se limitará a producir tres embriones en cada ciclo. Ninguno podrá someterse a análisis genéticos y serán implantados en el útero de la madre, evitando así la acumulación de embriones congelados. Tan sólo en el caso de que la madre sufra alguna complicación médica grave e inesperada podrán congelarse los embriones temporalmente

---

<sup>138</sup> Recuérdese que se ha visto que una clave para entender a las TR era la ideología eugenicorracista que la fundamenta (ver cap.III). Aquí se observa su legitimación jurídica: si bien se acepta el donante, se perpetúa la ficción de la paternidad biológica mediante el anonimato y la similitud fenotípica.



hasta que pueda llevarse a cabo la implantación. La ley admite tan solo el uso de gametos de la pareja, excluyendo donantes y estableciendo penas severas para los casos de comercio y se sanciona el uso de madres de alquiler.

### 3. La situación (bio)jurídica en Argentina

En la Argentina no existe legislación específica que regule el uso de las técnicas de “reproducción médicamente asistida”. Desde 1985 se presentaron diversos proyectos tanto por senadores como por diputados, con diferentes posturas, pero finalmente todos estos proyectos perdieron estado parlamentario. Lo que se conoce en la jerga jurídica como “vacío legal” se debe principalmente a las disputas ideológicas en torno al sentido de las TR, es decir, a los problemas éticos y jurídicos que representarían para el orden social.

Por cierto, la construcción de sentido no se limita a las diferencias partidarias entre legisladores sino también a las divergencias entre los grupos de presión “extra-parlamentarios”. Una acontecimiento que puso en evidencia el campo de lucha simbólica alrededor de estos temas fue el fallo judicial del Juzgado de primera instancia en lo Civil N° 56, en 1999, cuya resolución consistió en que “*hasta tanto se dicte legislación específica, toda actividad enderezada a proveer en el campo de la ciencia para la generación de vida humana en cualquier sus modalidades, por ejemplo la fecundación asistida, sea puesta en consideración del juez en lo civil, para que mediante su intervención se autorice el tratamiento y cada una de las etapas que lo conforman, incluyendo el descongelamiento de óvulos fecundados*”. (Juzga. Primera Inst. Civ. N° 56,26-4-95,LL 1995 D-229). Y dispuso distintas medidas tendientes a verificar las denuncias de la existencia de embriones congelados en distintos centros de reproducción<sup>139</sup>.

El objetivo central del fallo apuntó a los embriones bajo la presunción de que, como persona, debían ser protegidos jurídicamente. Sin embargo, diferentes instituciones y expertos apelaron este pronunciamiento de forma individual o conjunta, objetando que el

---

<sup>139</sup> “ (...)1) Llevar un Censo de embriones no implantados y ovocitos pronucleados existente hasta la fecha en la Ciudad de Bs. As. 2) prohibir toda acción sobre los mismos que implique su destrucción o experimentación. 3) ordenar que toda disposición material o jurídica de esos embriones y ovocitos por parte de los dadores de los gametos o de las instituciones y/o profesionales se concrete con intervención del juez en la causa. Así como dirigirse al Señor Ministro de Justicia de la Nación a fin de hacer saber la necesidad de una legislación en conformidad con las normas constitucionales vigentes” (Idem)

mismo contiene un carácter general y futuro, ajeno a la función judicial<sup>140</sup>. Lo importante de resaltar es quiénes fueron los que expresaron sus opiniones ante un hecho que fue interpretado como ajeno a la competencia judicial: la Academia Nacional de Medicina, la Universidad del Salvador, el Cuerpo Médico Forense, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia y la Sociedad Argentina de Biología.

Todas estas instituciones participaron como apelantes o como expertos en la discusión poniendo en evidencia que el orden médico constituye también un orden jurídico en tanto enuncia y establece sus propias normas. El orden médico reclama para sí una jurisdicción específica y corporativa que escapa al orden judicial. La competencia jurídica debe borrarse, en lo posible o como ideal, ante la competencia del médico, el único que es capaz de *definir el deber ser* del embrión en este caso<sup>141</sup>. El fallo judicial fue una intromisión en un campo que no le corresponde, pues el orden jurídico carece del saber científico y objetivo para decidir sobre el estatus biológico del embrión, confundiéndolo así con su estatus jurídico.

Pero en la disputa por el sentido social de las TR además de participar la corporación médica o la corporación jurídica, a través de sus agentes productores de doctrina, la iglesia católica es otra de las instituciones que intervienen fuera y dentro del parlamento para impedir cualquier legislación favorable a la RMA.<sup>142</sup> Se ha visto además cómo determinados pacientes estériles se han constituido como grupo de presión reivindicando la cobertura de las técnicas reproductivas; y por último, las llamadas agrupaciones Pro-vida, cercanos a la iglesia, que objetan cualquier intención de normativizar la RMA.

---

<sup>140</sup> Sala I de la Cámara de Apelaciones de Buenos Aires. Buenos Aires, 3 de diciembre de 1999.

<sup>141</sup> No hay que considerar como bloque homogéneo a la corporación biomédica, de hecho, la Academia N. de Medicina, la Universidad del Salvador y el Cuerpo Médico Forense sostuvieron la concepción del embrión como persona mientras que la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia y la Sociedad Argentina de Biología, así como los Dres. particulares y los centros afectados, mantuvieron la concepción de que la vida humana comienza a los 14 días posterior a la fecundación. Sin embargo, el elemento aglutinante fue la injerencia del poder judicial al fijar una norma general, que limita el actuar médico, que es propia de la función legislativa (norma que, por cierto, no existe con respecto a las TR).

<sup>142</sup> La iglesia católica condena a las TR por poner en peligro la dignidad del embrión como persona humana y la reproducción sexual dentro del marco del matrimonio. Tales concepciones quedaron expresadas en el informe dado a conocer en 1987 por la Congregación para la Doctrina de la Fe de la Iglesia Católica llamado "la Instrucción sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación". El 31 de julio de 2003, por orden directa del Papa Juan Pablo II, la Iglesia lanzó una campaña mundial contra la legalización de las uniones homosexuales afirmando su inmoralidad, y reafirmando su condena de la fecundación asistida.

En suma, si bien aquí nos centraremos en los proyectos de ley que en cierta manera, son abstraídos de su condiciones sociales de posibilidad (construcción de demanda social actual o potencial) es necesario tener presente el espacio social en que dichos proyectos se inscriben.

### 3.1. Los problemas centrales para el orden jurídico local

Como se ha visto, toda la discusión etico-jurídica gira en torno al estatus del embrión que no es creado por relación coital en el cuerpo de la mujer sino *in vitro*, en los laboratorios de biotecnología. El problema reside en que su “estatus” flota en una indeterminación jurídica y, por lo tanto, es factible de ser convertido en objeto de manipulaciones científicas.

Otra de las cuestiones centrales en el debate jurídico es la necesidad de determinar sin ambigüedades la filiación de los niños nacidos por RMA y el estatus legal de los padres. Como sostiene Bourdieu, el discurso jurídico *“une continuamente el presente con el pasado que el porvenir será a imagen y semejanza del pasado, que las transformaciones y las adaptaciones inevitables serán pensadas y habladas en el lenguaje de la conformidad con el pasado”* (2000, 212). Por la misma lógica conservadora del trabajo jurídico nada puede ser pensado sino es con relación a la tradición inscripta y sellada en los grandes códigos.

Se entiende entonces porqué las TR presentan un desafío y un problema jurídico, dado que uno de sus efectos es producir una ruptura en el orden de la “naturaleza” de la procreación y en el ordenamiento jurídico. La proclama del derecho romano, y retomada por el derecho moderno, de que la maternidad siempre es cierta en función del parto (*matter sempre certera est*) ya no se puede sostener como autoevidente. Con relación a la maternidad se presentan ahora 3 figuras maternas: la **social**, aquella reconocida socialmente que esta a cargo de la crianza del hijo; la **genética**, correspondiente a la mujer que aporta los gametos para la fecundación y, finalmente, puede darse el caso de que una mujer porte a término un embarazo en su útero sin desear ser madre social y sin aportar tampoco el óvulo para la fecundación, sino que se limita a que se desarrolle el embarazo. Por ello, se le

---

Alarmó también sobre el futuro de la creación de una incubadora que permita desarrollar un feto con características genéticas de una pareja de homosexuales legalmente unida. (Clarín, 01/09/03).

nombra madre *biológica*, maternidad sustituta o subrogada. No obstante existen muchas otras combinaciones posibles.

Con respecto a la determinación de la paternidad que siempre fue social, lógicamente por la imposibilidad de parir, el padre es el marido de la madre. Pero aparece ahora, junto al *padre genético* por ser quien aportó los gametos para la procreación (donante), otra figura que es el *padre social*, es decir, aquel que desea asumir todas las responsabilidades respecto de la paternidad; éste puede ser marido o concubino de la madre o simplemente un hombre soltero que desea tener hijos solicitando los “servicios” de una madre sustituta.

La determinación de la maternidad y la paternidad es un problema jurídicamente engorroso que ha llevado a diversos litigios jurídicos. Resolver estas cuestiones implica señalar quien ha de asumir las responsabilidades que esa relación entraña y quien quedará libre de ella. Por esta razón, es un problema central para el derecho de familia (consecuencias en los ámbitos del ejercicio de la patria potestad y la custodia, de la obligación alimentaria, de los derechos sucesorios, de los impedimentos para contraer nupcias, etc.) y que debe, por esto mismo, ser interpretado desde las normas preexistentes, y en lo posible amoldar las nuevas realidades a dichas normas.

En este sentido otra cuestión problemática de las TR son sus efectos para la institución de la filiación, definida como el vínculo jurídico, determinado por la procreación, entre los progenitores y sus hijos. El derecho del niño a conocer la identidad de su progenitores se contradiría con el anonimato del donante-padre biológico. En aras de la “intimidad” de la “pareja” y del propio donador de gametos, la mayoría de las legislaciones extranjeras han establecido el anonimato bajo el argumento de que con ello se evitan “problemas” de tipo familiar tanto al donador como a la persona receptora de la donación. Sin embargo, es en el marco jurídico existente donde colisionan los derechos del donante, el de los padres y los del niño a conocer la identidad de su progenitor biológico.

#### 4. El análisis

Para el análisis hemos seleccionado 22 proyectos de ley; 11 de los cuales fueron producidos por senadores y los otros 11 por diputados nacionales<sup>143</sup>. Se parte del supuesto de que toda nueva producción jurídica responde a, o se dirige hacia, una tradición plasmada en normas, leyes y grandes códigos que la constituyen como tal. Por lo tanto, se presume que no habrá grandes divergencias entre los proyectos –todos hacen referencia a un corpus jurídico consagrado- a pesar de las divergencias entre ellas. Se excluyeron de este primer análisis 3 proyectos que no regulaban directamente a la RMA<sup>144</sup>.

De este modo, se cuantificaron 6 variables que nos permitirán posteriormente profundizar en el análisis de cuestiones tenidas como insoslayables cuando se trata de las practicas médico-reproductivas. Esta variables son 1) *objeto de regulación*: las prácticas médicas en sí o éstas y otras consideraciones; 2) *los usuarios*: las/los sujetos y su estado civil; 3) *donación de gametos*, si es prohibida o admitida 4) donación/adopción de embriones, si es permitida la donación de embriones o, por el contrario, le es aplicado el régimen de adopción; 5) *crioconservación de embriones*: si es prohibida la técnica en caso de embriones o es admitida o sólo en casos excepcionales; 6) por último, *el status del óvulo fecundado*: el embrión como sujeto de derecho desde la fecundación o desde la anidación en el útero o, por el contrario, como pre-embrión y por tanto, pasible de otros derechos.

Se invirtieron el orden de las prioridades que el discurso jurídico construye como centrales en su trabajo de codificación y/o problematización burocrática. Retomando las postura -ya abandonada- por la OMS, en 1992, con respecto a la TR (FIV) la cuestión aquí es que las consideraciones éticas en infertilidad deben estar principalmente focalizadas en los proveedores de servicios, honestidad de la información, los derechos de los hombres y de las mujeres y no solamente en los óvulos, en los embriones y en el feto. (OMS, 1992)

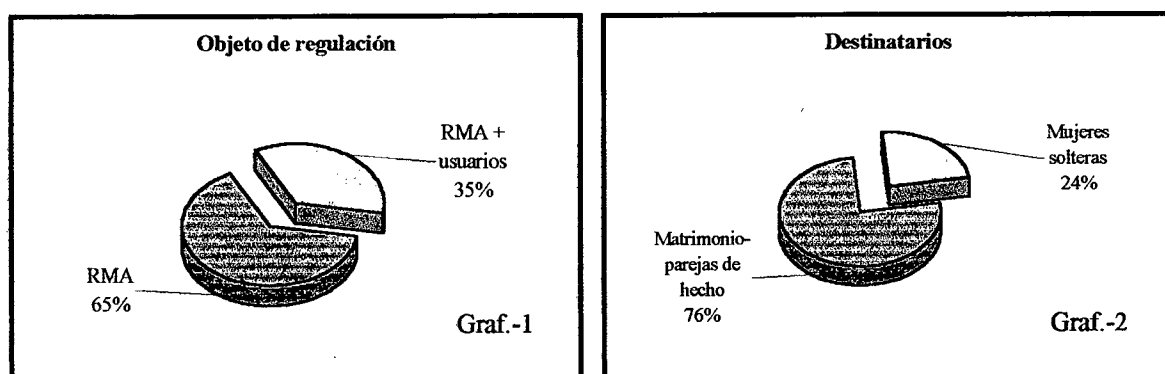
---

<sup>143</sup> La selección no pretende ser estadísticamente representativa de los todos los proyectos ni estar distribuida uniformemente en el tiempo. Fue imposible en este trabajo recopilar exhaustivamente los proyectos de ley. Esta muestra, si bien limitada, da cuenta del trabajo jurídico en relación a un problema de larga data.

<sup>144</sup> Éstos son el proyecto de Lilya Arancio de Beller (2734/03) sobre reforma del Código Civil art. 63 y 70, los proyectos del senador Alevín (S-97-0450) y el diputado F.J. López y otros, que prohíben las RMA

#### 4.1 El objeto de regulación, los destinatarios y la donación de gametos.

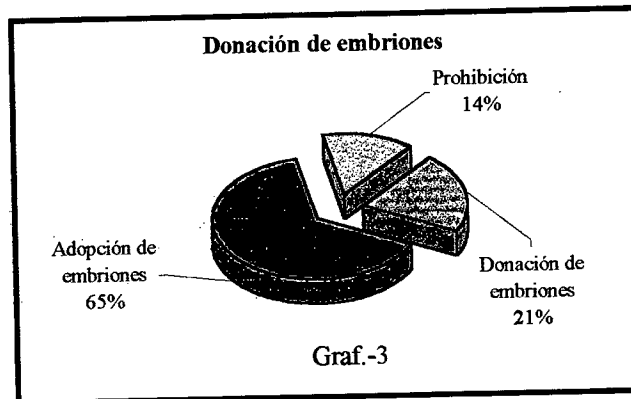
El simple sentido común asociaría los proyectos de ley (el primer artículo de la ley) con el *objeto de regular* las prácticas médicas, las técnicas utilizadas, las obligaciones y los derechos de los profesionales médicos. Sin embargo, como se puede apreciar (gráfico 1), sólo un 35 % de los proyectos explicita este propósito, pero el 65 % de los mismos, además de este particular, añade otras consideraciones como ser, los usuarios a quien van dirigidas las TR, su estado civil y/o orientación sexual, entre otras que veremos.



Con respecto a los *destinatarios* (gráfico 2) se observa que el 76 % (13) de los proyectos consideran que los destinatarios legítimos de las TR deben ser los matrimonios o las parejas de hecho. A éstas últimas, en todos los casos, se les exige un período de convivencia no menor de 3 o 5 años (S-2053-96; S-0422-00, entre otros). Por otro lado, de los 13 proyectos sólo 5 de ellos se dirigen como primera destinataria a la mujer (como casada o como conviviente de hecho) y para los restantes proyectos son los “matrimonios”, los “cónyuges” o las “parejas”. Sólo un 24 % (4) de los proyectos definen como destinataria a mujeres solteras (incluye además a la mujer casada o conviviente de hecho) o simplemente son designados como “mayores de edad” ( J.P.Cafiero, Natale Gonzales; S-95-0628; Laferriere).

Con respecto a la donación de gametos (gráfico 3) el 53 % (9) de los proyectos prohíbe esta modalidad de la medicina reproductiva y un 35 % (6) acepta la donación entre las demás prácticas. Entre estos últimos, 4 se corresponden con aquellos proyectos que admiten como destinataria a la mujer soltera (idem). El otro 12 % (2) de los proyectos evadió la cuestión en el contenido de la ley. Pero si consideramos que ese 12 % puede ser

incluido en el grupo de proyectos que no admite la donación tenemos un 65 % de proyectos que consideran que la RMA esta destinada a lograr la concepción de la pareja con sus propios gametos.



## 4.2 El desplazamiento de la ley: de la regulación de la RMA al control social

Como su nombre lo indica, el objetivo primordial (Art. 1) de los proyectos sobre “Técnicas de Reproducción Humana Médicamente Asistida” sería establecer los límites al accionar técnico-médico y las normas que deben cumplir en la realización de los procedimientos de intervención médica. Así por ejemplo:

*“Art. 1- La presente ley tiene por objeto el regular los métodos y técnicas de fecundación humana médicamente asistida y se aplicará exclusivamente a problemas de esterilidad e infertilidad debidamente comprobada”. (S-95-0551: Britos y otros).*

*“Art.1- La presente ley tiene por objeto regular los derechos y obligaciones emergentes de la aplicación de métodos y técnicas de procreación humana médicamente asistida”. (0974-D-02: Martínez).*

Sin embargo, como se vio, en una gran mayoría (65 %) de los proyectos el artículo se desliza sutilmente de la regulación de las prácticas médicas y sus responsabilidades, a definir y normatizar un conjunto de asuntos que hacen a las personas y a las relaciones sociales. Es así como se define las características que deben tener los usuarios ( su estado civil), y sobre todo define la finalidad de las TR. Así:

*“Art. 1- la presente ley tiene por objeto regular el uso de los métodos y técnicas de reproducción humana asistida por profesionales de la medicina, que se aplicarán al solo efecto de*

*posibilitar la maternidad y paternidad a parejas que padezcan esterilidad o infertilidad no tratables terapéuticamente” (S-0442-00: Martínez Aldumevar ). En términos casi similares (S-2053-96 y S-00 0761: Branda), (S-97-0267), entre otros.*

En otros proyectos el objeto de regulación (RMA) desaparece frente a la delimitación precisa de los fines de las TR:

*“Art.1- Las técnicas de procreación asistida tendrán por finalidad exclusiva procurar una descendencia a matrimonios afectados por problemas de infertilidad”. (S-00-0480: Ulloa).*

*“Art.1- La presente ley se aplicará a fin de hacer posible la reproducción a matrimonios que sufren esterilidad o infertilidad, cuando las otras medidas terapéuticas de menor complejidad se hubieran desechado por inadecuadas, ineficientes o clínicamente inconvenientes” (S-97-0867:Romero Feris), entre otros.*

Este desplazamiento de un objeto de control a otro tiene consecuencias jurídicas desiguales sobre aquello que se pretende regular. Se normatiza a priori un conjunto de características que deben tener los destinatarios de las TR y los requisitos que deben cumplir para acceder a las tecnologías reproductivas. Este a priori será reforzado en siguiente capítulo de los proyectos denominado “De los Destinatarios” o “Beneficiarios de las Técnicas” (en algunos proyectos no existe este capítulo pues ya se los definió de antemano en el art. 1.):

*“Art.5- Sólo podrán ser destinatarios de las técnicas de reproducción humana asistida las parejas integradas por un varón y una mujer ambos mayores de edad y clínicamente aptos para someterse a las técnicas cuya aplicación reglamenta esta ley, casados o con un periodo de convivencia de por lo menos (3) tres años”. (S-97-0267: Rivas).*

*“Art 13- Podrán acceder a éstas técnicas las mujeres mayores de edad o menores plenamente capaces, casadas o que tengan uniones previstas por la ley vigente” ( D-3594-98: G. Cañamo y Blasco).*

*“Art. 3- sólo serán realizadas estas técnicas, previa solicitud y aceptación libre y consciente, expresa y por escrito, en mujeres casadas mayores de edad con plena capacidad de obrar y en buen estado psicofísico. Dicha solicitud y aceptación deberá ser asentada libre, consciente y formalmente, por el cónyuge personalmente” (Dip. Miranda s/d).*



*“Art. 10- podrán ser beneficiarios de las técnicas de procreación asistida las personas plenamente capaces y en buen estado de salud psicofísica que se encuentren unidas en matrimonio conforme a la ley vigente, así como aquellas parejas de hombre y mujer que mantengan una relación estable de convivencia, no menor de cinco años, debidamente acreditada ante el organismo de aplicación de la presente o a través de instancia judicial” (D-93-3758).*

De este modo, se observa cómo se define un perfil de usuario de las TR que contradice las posibilidades técnicas de la medicina reproductiva pues, se sabe, que la misma puede prescindir totalmente de la sexualidad, la orientación sexual y el estado civil de los sujetos para lograr el embarazo. Sin embargo, lo que se perfila como un interés explícito de la mayoría de los proyectos es negarle acceso a las mujeres solteras, lesbianas, viudas o aquellas que no puedan acreditar su convivencia. En este sentido, cabe preguntarse por qué las usuarias de estas técnicas deben probar tener condiciones biológicas y psicológicas especiales cuando el resto de las mujeres que se reproducen –y que son la mayoría- no tienen condicionamiento jurídico alguno para hacerlo. También cabe preguntar por qué los únicos destinatarios deben ser la pareja heterosexual, debiendo el hombre autorizar y consentir que sean llevados a cabo los procedimientos en la mujer.

Por otro lado, la delimitación de los destinatarios normatiza el mito médico de la “infertilidad de la pareja” que encubre el hecho de que los procedimientos se aplicarán solamente a la mujer; y justifica además que una mujer fértil sea sometida a intervenciones cuando el hombre es el infértil.

De manera similar a la legislación española, algunos proyectos permiten que la mujer soltera (e independientemente de su orientación sexual) acceda a las técnicas de reproducción:

*“Art. 2- sólo podrá ser destinatarios de las técnicas de reproducción humana asistida los mayores de edad, menores emancipados plenamente capaces “ (S-95-0628: Laferriere-Storani).  
También: (D-99-2841:Laferriere), (D-98-1944: Cafiero); (dip. Natale y Antelo, s/d).*

Pero la gran mayoría de los proyectos aquí tratados defienden la idea de que los destinatarios legítimos son los matrimonios, y en segundo lugar las parejas de hecho<sup>145</sup>.  
Unas técnicas que supuestamente están dirigidas a “tratar” una “patología” humana se transforman en un dispositivo biotécnico, médico y jurídico para (re)producir el modelo de familia tradicional, desconociendo los cambios sociales en los patrones y estructuras familiares de las últimas décadas. Pero veamos antes de profundizar en las concepciones que subyacen bajo la delimitación de los usuarios, los requisitos y demás cuestiones aludidas frente a la cuestión espinosa de la donación de gametos.

Como se ha visto (gráfico 3), más de la mitad de los proyectos prohíbe la participación de un tercero en la creación de un hijo para la “pareja”:

*“Art. 8- los gametos que se utilicen para técnicas de reproducción humana médicamente asistida deberán ser propios de la pareja beneficiaria. Los gametos están fuera del comercio. Se prohíbe: b) La dación y donación con fines de procreación”.* (0974-D-02:Martinez). Entre tantos.

Como se dijo al inicio, la objeción a la donación de gametas se fundamenta en el “problema” del desdoblamiento de la filiación y la paternidad. En los fundamentos del proyecto anteriormente citado se explica *“Si se autoriza la dación de gametos (...) entendemos que el permitirlo atenta contra el derecho a la identidad del niño por nacer, principio amparado por nuestra Constitución”* (Idem, Fundamentos). Destaca además cuatro derechos fundamentales (referidos a los derechos del embrión que no desarrollaremos ahora), por ejemplo, el tercero: *“el derecho a la identidad es intrínseco e inviolable, por lo que este proyecto procura evitar todo tipo de confusión o desdoblamiento entre la paternidad biológica, genética, y legal. De él se desprende el derecho a ser gestado en el seno de la madre biológica”.* (Idem). El cuarto derecho fundamental *“es el derecho del niño por nacer a contar con una familia”,* es decir, *“contar con un padre y una madre unidos entre sí por un vínculo natural estable, institución natural a la que está exclusivamente confinada la misión de transmitir la vida. Situación que permite a su vez,*

<sup>145</sup> Es paradójico que las “parejas de hecho”, deban acreditar su condición de tal ante institución judicial, cuando en el derecho argentino son pocas las normas que aluden al concubinato: la ley 24.417 se refiere a “uniones de hecho”, “grupo conviviente estable” (Ley 23.342), “grupo familiar conviviente” (Ley 24.464.). La inexistencia de normas, a su vez, da cuenta del papel privilegiado de la institución matrimonial en el orden jurídico.

*una total protección jurídica de las relaciones económico-patrimoniales que surjan de la misma.* (Idem).

Aquí queda de manifiesto cuál es el “espíritu” de este proyecto y que es compartido por los demás proyectos. La cuestión es no poner en peligro el orden social hegemónico, que concuerda con la visión jurídica de una idealizada organización familiar único espacio “natural” para la llegada al mundo de los “niños de la reproducción asistida”. La visión dominante es la de un contexto familiar específico, la familia nuclear, como ámbito privilegiado para la crianza de “los/as niños/as”, excluyendo casi totalmente cualquier otro tipo de arreglo familiar como espacio vincular adecuado. En esta visión, la familia nuclear constituye la norma, el tipo normal hace referencia por un parte, a lo más común, y por otra, a lo adecuado, lo “saludable”.

A esta modalidad de estructuración familiar se le atribuyen virtudes intrínsecas que garantizarían, entre otras cosas, la reproducción y el pleno desarrollo de sus miembros. El elemento básico de constitución de este tipo familiar es el contrato matrimonial que teóricamente asegura permanencia en el tiempo, legitima la filiación y normatiza los asuntos patrimoniales. Asimismo, esta organización familiar se sustenta en la división sexual del trabajo, definiendo roles y posiciones de poder diferenciados. Desde la mirada dominante esta conformación familiar armoniosa tiene legalmente el carácter de inmutable<sup>146</sup>.

El papel de la paternidad en esta organización es central para el orden jurídico: los hijos llevarán el apellido paterno, que se perpetuará de generación en generación, y tendrán derecho a la herencia. Conforme al Código Civil, se presume que el niño nacido de una mujer casada es hijo del marido y esta presunción sólo puede ser derribada demostrando que ese hijo no es de ese hombre. Tal impugnación será privilegio absoluto del marido (supuesto padre) o el hijo (una vez alcanzada la mayoría de edad). No tienen titularidad en cambio, ni el padre biológico, ni la madre. (C.C art.243. y art. 249).

---

<sup>146</sup> Recuérdese que hasta la sanción de la ley n° 23.515 (Sanc.3/VI/1987. B.O.12.12/VI/1987) sobre el Régimen del matrimonio, no existía el divorcio vincular. También que el Código Civil desde su redacción (1869), y hasta 1985 y 1987, colocaba en el mismo status jurídico a la mujer con el menor. Ella estaba bajo el control paterno hasta el matrimonio, momento en que pasaba a depender del marido. Este era quien administraba su bienes, quienes hacía contratos por ella, y la obligaba; quien tenía la patria potestad sobre sus hijos, quien fijaba el domicilio y quien debía satisfacer sus necesidades.

De esto modo, es la misma lógica conservadora de la tarea jurídica la que lleva a conjurar los “peligros de las TR”. Es necesario evitar la ruptura con este orden como ideal armónico centrado en la familiar nuclear, supuesta base de la reproducción social.

La donación de gametos (espermatozoides) plantea el problema de que la “verdad” biológica no coincide con la verdad legal. En el caso de la prohibición se barren los problemas bajo la alfombra, pero en el caso de aceptar la donación hay que plantear una salida a esta cuestión:

*“Según este proyecto es la seguridad y estabilidad de la filiación lo que debe prevalecer por encima de la verdad biológica. Fundamenta este criterio la falta de voluntad procreacional de los donantes y el fin perseguido por los receptores de las técnicas. Por todo lo expresado no se aceptan acciones de impugnación de la maternidad o paternidad sobre la base exclusiva de haber sido procreado por estos métodos. Si se aceptara tales acciones, caerían -por las pruebas biológicas- la maternidad o paternidad legal y el niño quedaría sin filiación por desinterés del donante de quedar emplazado en el estado parental.”* (S-1014-91:Laferreire, Fundamentos). Este proyecto, y los mismos fundamentos se reproducen en los proyectos (628/95 y 497/97).

La verdad biológica será entonces negada a favor de la verdad legal<sup>147</sup> para proteger la filiación aunque no es la única cuestión como se verá. En el caso de muerte del marido se negará a la viuda el uso del esperma, 30 días posterior al fallecimiento (art. 8). Y en este sentido se aclara que *“se dispone la nulidad de la clausura testamentaria por la que el testador autorice el uso de su material genético para procrear”*. Todos estos recaudos tienen como objetivo, *“desalentar la procreación de un hijo luego de la muerte de su padre genético [dado que] quedaría, en caso contrario, en la esfera de la voluntad de la madre el momento de crear un hijo, un heredero”*. (Idem, Fundamentos).

Esta nueva norma fundamentada en un marco “progresista” que admite la donación de gametas y el acceso de la mujer soltera a las TR, es acorde a la tradición jurídica donde es central la figura paterna alrededor de la cual se organiza la familia. La ideología que subyace en el Código y se desliza en las “nuevas normas” implica un espacio, incluida la reproducción humana, que es de y para los hombres. Son únicamente ellos los que deben

---

<sup>147</sup> En efecto desde la ley 23.264 (recogida en los art. 240 a 263 del Cod.Civ. De la filiación) la filiación se asienta en la verdad biológica, en la naturaleza, esto ha sido posible gracias a la aparición de procedimientos científicos que permiten establecer con certeza el vínculo biológico.

ser reproducidos (llevando lo hijos el apellido paterno y solo serán nombrados con el de la madre en primer término cuando no tengan apellido paterno), mientras que las mujeres sólo son un medio necesario para que se cumpla ese fin.

Todas las acciones relacionadas con la filiación tienden a incluir a un “padre” dentro del núcleo familiar, él permanece siempre con su presencia o con su ausencia: “las mujeres no hacen linaje”. De este modo, el dispositivo técnico-médico es constituido como una herramienta útil para (re)producir el orden social y no para alterarlo o al menos poner en entredicho la verdad biológica y la verdad legal. La maternidad es percibida como una función biológica no transcendida, al servicio de una paternidad sociolegal. Es de resaltar que todos los proyectos sin excepción rechazan todo tipo de contrato de subrogancia (con o sin fines de lucro), determinándose la maternidad por el parto.

Como afirma Stolcke, subiste un “*deseo de paternidad biológica por medio de una maternidad tecnológica*” (1991:82). En efecto, no hay contradicción al plantear la primacía de una paternidad biológica mediante una paternidad sociolegal, en caso de un tercero donante, dado que nuevos mecanismos jurídicos se construyen en el contexto de las TR para ficcionalizar el vínculo biológico del padre social. Así, sobre la base de prevenir enfermedades hereditarias que puede portar el donador:

*“Art.50- Se permitirá la selección de gametos de acuerdo a lo fenotipos y caracteres genéticos, cuando tengan como única finalidad la prevención de la transmisión de enfermedades genéticas y/o hereditarias”* (Mendoza y Troyano)

*“Art 8- la selección de gametos a utilizar en matrimonios infértiles o estériles se deberá hacer solamente a los efectos de clasificar el material en base a los fenotipos y caracteres biológicos y con la única finalidad de prevenir las transmisión de enfermedades infecciosas o hereditarias...”* (Orquín, parente, otros).

Cabe preguntarse qué importancia tienen los rasgos fenotípicos en la prevención de enfermedades transmisibles. En el caso de la fecundación por donantes, la paternidad y/o maternidad, según el caso, efectivamente no se basan en un vínculo genético. Pero mediante la selección de donantes se introducen mecanismos que en el fondo persiguen el mismo fin, es decir, no sólo que lo hijos sean genéticamente sanos, sino que además posean la identidad fenotípica de los padres. Esto sin duda responde a deseos raciales de los

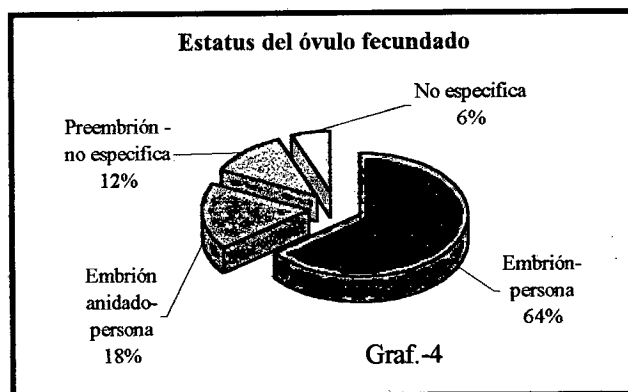
padres-clientes, que subrepticamente están inscriptos en el orden jurídico y en la nuevas normas de filiación. El temor por la impugnación de paternidad en casos en que un niño no sea fenotípicamente similar a sus padres provienen de la noción biológica de la procreación junto con la norma de fidelidad sexual conyugal.<sup>148</sup>

En resumen, la problemática que subyace a los proyectos de ley con el objetivo de regular la RMA esta menos relacionada a los abusos potenciales de una tecnociencia carente de ética (creación de híbridos humanos, la eugenesia, la ectogénesis o la partenogénesis, etc.) y más asociada a su efectivo y concreto poder técnico de desmitificar el orden “natural” de la reproducción social, la familia, el matrimonio, la paternidad y el “destino” biológico de la maternidad. Un orden que debe ser mantenido por la dominación simbólica y que implica, por su propia lógica, delimitar el sentido de las prácticas médico-reproductivas en un marco de “normalidad”.

### 4.3 El estatus del “embrión”

Otras de la finalidad ,y quizá la más importante de todas, que persiguen los proyectos de ley es “proteger” al embrión de las manipulaciones de la ciencia biomédica y de las decisiones individuales de las mujeres y de los hombres que aportaron el material biológico para conferirle existencia.

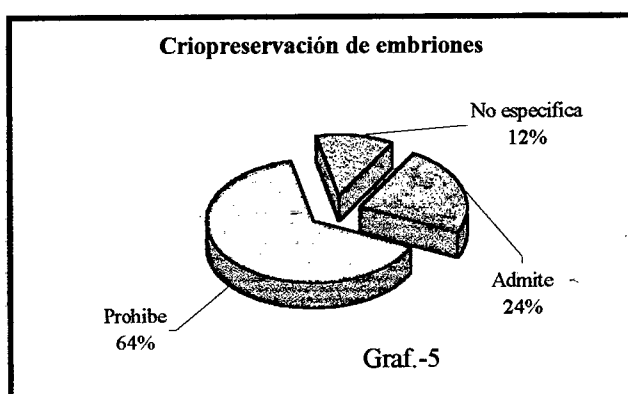
Como puede apreciarse (gráfico 4), un 64 % (11) proyectos categorizan al óvulo en proceso de división celular como **embrión y como persona** desde la fecundación. Un 18 % (3) de los proyectos definen al **embrión implantado**, 14 días después de la



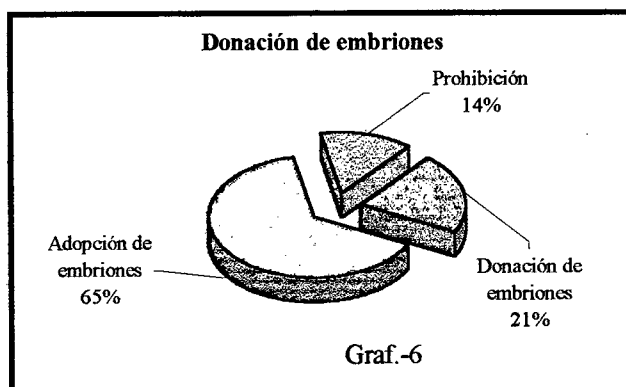
<sup>148</sup> La noticia que una pareja blanca del norte de Inglaterra tuvo mellizos mulatos (el óvulo fue inseminado por error con el semen de un hombre negro), produjo que la Corte Suprema dictaminara que los niños permanezcan en su hogar, pero se le concedió al padre biológico el derecho de visitas y el derecho a decidir por la educación de los mellizos. Esta situación sienta jurisprudencia poniendo en cuestión la legislación sobre RMA, en la cual la paternidad legal corresponde al marido de la madre biológica y no al donante. (Clarín, 17/02/03).

fecundación, como **sujeto derecho** (Cafiero, Laferriere, S-95.628:Laferriere-Storani). Un 12 % (2) de los proyectos se refiere a la óvulo fecundado o cigoto como pre-embrión pero sin especificar su estatus jurídico ( Miranda Gomez); el proyecto de ley de los Diputados Alberto A. Natale y José M. Antelo, utiliza indistintamente los términos pre-embrión, embrión o nasciturus y no se especifica su estatus jurídico, pero su condición de seres vivos. El 6 % restante (1) hace alusión al óvulo fecundando aunque la restricciones contenidas en el proyecto hace pensar que se lo considera protegido jurídicamente (S-97-0867: Romero Feris).

En el gráfico 5, se advierte que el 64 % de los proyectos de los que definen al embrión como persona **prohiben la criopreservación de embriones** en bancos creados para es fin, excepciones hechas (5 proyectos) en casos de muerte de la madre o enfermedad que le impida la transferencia a su útero acto seguido de producirse el embrión in vitro. El 24 % (4) de los proyectos **admiten la criopreservación** (los mismos que diferencian entre pre-embrión y embrión implantad). El 12 % restante (1 proyecto) **no menciona la posibilidad de criopreservar** (Natale y Antelo).



El **régimen adopción plena aplicado al embrión** (gráfico 6) esta contemplado por el 65% (9) proyectos y es consecuente con la caracterización del embrión como persona. Un 25 % (3) (Laferriere; Laferriere-Storani, Natale y Antelo). permite la **donación de**



**embriones** en un régimen igual al de donación de gametos. El 14 % restante (2) **prohíbe tanto la donación como la adopción** ( D-98-3594-Camaño-Blasco) y ( S-95-551: Britos y otros).

En síntesis, la mayoría de los legisladores consideran que el “embrión” es persona desde la fecundación del óvulo, o sea antes de ser *implantado in útero*. Como se verá, esta postura se asienta en un amplio sector de la doctrina jurídica nacional que reconoce a la persona sujeto de derecho desde la concepción.

#### **4.3.1 ¿Concepciones biológicas o concepciones políticas?**

La concepción jurídico-moral del estatus del embrión como persona se fundamenta en una particular lectura biológica del desarrollo embrionario. Se sostiene que al producirse en el ovocito la singamia, la unión de ambos pronúcleos con la consiguiente unificación de la información genética, se estaría ante un nuevo ser distinto de sus progenitores. Esta concepción a su vez se apoya en la idea de que la *singularidad del código genético*, fruto de la una original combinación de los 23 cromosomas maternos y los 23 cromosomas paternos, *cualitativamente distintos e independiente de los códigos parentales, determinaría la individualidad propia del nuevo ente*, las reglas de su futuro desenvolvimiento, de modo que *todo lo que cada hombre pueda llegar a ser está ya programado por ese código genético*.

La justificación jurídica se basa entonces en una determinismo genético de la persona, es decir, la creencia de que los genes nos definen como individuos desde el momento de la concepción. De ahí se deriva la idea que lo únicos que necesitan los embriones (y fetos) para desarrollarse es seguir las instrucciones heredadas de los genes y un medio que lo acoja (el útero).

La concepción de un ser que estaría programado desde su fecundación es una reactivación ideológica de la vieja teoría preformacionista del embrión hegemónica en el transcurso de siglo XVII. La versión moderna de la epigenética del desarrollo embrionario no ha cambiado las ideas acerca de la preformación. Como dijimos en otra parte, las concepciones sobre biológica y hasta la propia naturaleza son concepciones sociopolíticas.



Como sostiene la bióloga Lynda Birke, la composición genética del embrión no está expresada a priori, es decir, que no inicia su tarea de producir proteínas, hasta que el óvulo fecundando se ha dividido dos veces para formar un embrión de cuatro células. Antes de eso, su desarrollo está guiado por moléculas aportadas por la madre en el momento en que se formó el óvulo. La vida no empieza en la fecundación ya que el óvulo y el espermatozoides y todas nuestras células también están vivas. Esta autora sostiene además que resulta difícil definir lo que es “humano” en los genes, dado que sólo una cantidad relativamente pequeña del ADN es realmente diferente de, por ejemplo, los monos. Y quizá ni siquiera los genes puedan producir por sí mismos su propio “potencial humano” ya que funcionan en interacción con su medio ambiente. Para el desarrollo de embrión, (y para el feto) esto incluye el cuerpo de la madre y el medio ambiente inmediato que lo rodea (Birke, 1990:72).

#### **4.3.2 El control social: la separación temprana entre embrión y la mujer**

Para continuar con el análisis se parte del supuesto según el cual el objetivo del control jurídico es *la separación temprana entre el embrión y la mujer*”. Al control médico ya existente sobre sus sujetos de intervención, y en especial sobre la mujer, se perfila un nuevo control sobre el cuerpo biopolítico. Se pretende separar tanto en términos biológicos como jurídicos al embrión lo más pronto posible de la mujer. Lo que ya era evidente en términos médicos ahora se complementaría por la separación jurídica. Si en la penalización del aborto aún se pensaba en términos de unidad madre-feto, para luego sancionar penalmente a la madre en su decisión acerca de esa unidad, ahora la separación actúa desde la fecundación, en la fase pre-prenatal. (Gertrung Treusch-Dieter, 1993:157).

La construcción del embrión como sujeto de derecho y, por tanto, como bien jurídico tutelado permite cuestionar aún más esta unión. Esta estrategia jurídica que puede vislumbrarse en los proyectos de ley tendrán efectos profundos para la autonomía de los sujetos y en particular para la autonomía de la mujer.

#### **4.3.3 El embrión como sujeto de derecho**

Como es sabido, nuestro sistema jurídico se caracteriza por ser personalista y se aparta del sistema general del Derecho Romano, mantenido hoy en día en diversas

legislaciones, para el cual el nacimiento marca el comienzo de la persona<sup>149</sup>. En nuestro sistema legal el ser humano, todo ser humano, es persona susceptible de adquirir derechos y contraer obligaciones, que posee no sólo la persona nacida sino también las personas por nacer, y que ello es así desde la concepción<sup>150</sup>.

Sin embargo, el Código Civil argentino lógicamente no podía predecir el futuro de los desarrollos científicos y, por lo tanto, se atuvo al dato biológico consistente en la presencia de un nuevo ser en el seno de la madre. Esto significa que el Código Civil no puede hacer referencia al embrión creado fuera del seno materno (in vitro).

Pero el monopolio de la creación e interpretación de las normas jurídicas permite fundamentar esta concepción del embrión como persona apelando a la Constitución Nacional reformada del año 1994, en la cual se reconoce con jerarquía constitucional los tratados internacionales sobre derechos humanos, complementarios de los derechos y garantías reconocidos en la Carta Magna<sup>151</sup>. De ahí se deduce que tal persona (el embrión) es titular de derechos esenciales, ante todo el “derecho a la vida”, condición o presupuesto para el ejercicio de los demás derechos subjetivos, sean personalísimos, familiares, reales o creditarios (Blanco, 2003). La Ley 23.849 también es citada para afirmar que por niño se entiende “*todo ser humano desde el momento de la concepción*”, toda una verdadera interpretación jurídica local de lo que significa ser niño<sup>152</sup>. Veamos como se refleja esta construcción jurídica en los proyectos de ley sobre RMA:

---

<sup>149</sup> Fue Vélez Sarsfield quien al redactar el Código Civil (1869) se apartó del derecho romano mantenido por algunos de los Códigos modernos que consideran el comienzo de la persona luego del nacimiento: el Código de Austria (art.22), el C. de Luisiana (art.29), el de Prusia (1ª parte Ti., art.10), y el C. de Chile (art.74). véase C.C. Tít. III, comentarios a los art.63 al 72.

<sup>150</sup> Art. 63 del Código Civil establece “Son personas por nacer las que no habiendo nacido están concebidas en el seno materno”, y el art.70 “desde la concepción en el seno materno comienza la existencia de las personas...”. Por otra parte la determinación de la persona queda establecida en el art. 30 del cód.civ. “son personas todos los entes susceptibles de adquirir derechos y contraer obligaciones”, y el art. 51 “todos los entes que presentase signos característicos de humanidad, sin distinción de cualidades o accidentes, son personas de existencia visible”.

<sup>151</sup> Según esta lectura el embrión es persona porque la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre dice “todos los hombres” (Preámbulo), a “todo ser humano” (art.I), y a “toda persona” (art. II y sigtes). De igual modo, la Declaración Universal de Derechos Humanos establece “todos los miembros de la familia humana”, a “todos los seres humanos” (art.2º), y a “todo individuo” (art.3º). también se recurre a una interpretación muy particular de lo establecido por la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica), y al Pacto Internacional de Derechos civiles y Políticos (Blanco, 2004).

<sup>152</sup> En efecto, la ley 28.849 aprobó la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño con reservas y aclaraciones, entre otras la siguiente; “con relación al art. 1 de la Convención sobre los Derechos del Niño,

*“Art. 18.- A los efectos de esta ley se considera embrión al óvulo humano fecundado por el espermatozoide dentro o fuera del seno materno. El embrión es persona, y por tanto, sujeto de derechos desde la concepción. Esta se produce en el momento en que el espermatozoide humano penetra al óvulo femenino humano”.* (D-98-3594:Camaño-Blasco).

Extendiendo el “espíritu” de los art. 63 y 70 del Código Civil, la mayoría de los proyectos considera que debe ser adaptado a las nuevas realidades biopolíticas:

*“Art.26.- sustitúyanse los art. 63 y 70 del Código Civil por los siguientes:*

*“ Art. 63.- Son personas por nacer los que no habiendo nacido están concebidas dentro o fuera del seno materno”.*

*“Art. 70.- desde la concepción dentro o fuera del seno materno comienza la existencia de las personas, y ante de su nacimiento, puede adquirir algunos derechos como si hubieran nacido. Estos derechos quedan irrevocablemente adquiridos si nacieran con vida aunque fuera por instantes después de estar separado de la madre”.* (S-96-2053 y S-00-0761:Branda)

De igual modo es establecido por los proyectos (D-98-3594:Camaño-Blasco); (Dip.Eduardo Camaño,s/d); D—92-3490:Orquín y otros); (Dip.Carlos Romero,s/d), (D-93-2617: Ruckauf-Iribarne). Por su parte, los de los Senadores: (S-97-0867: Romero Feris), (S-95-0551: Britos y otros); (S-00-0652:Villaverde); (S-00-0442:Aldúmevar (S-97-0267: Rivas; (S- 00-0-480:Ulloa), entre otros.

#### **4.3.4 El embrión como bien jurídico tutelado**

La consecuencia lógica de esta (re)interpretación del Código Civil por parte de los operadores del derecho es **constituir al óvulo fecundado como bien jurídico tutelado:**

---

*la República Argentina declara que el mismo debe interpretarse en el sentido que se entiende por niño todo*

*“Art. 70.- (...)El óvulo fecundado en forma extracorpórea, antes de su transferencia al seno materno, goza de la protección jurídica que este Código y las leyes otorgan a la vida humana inherente a las personas por nacer”. (S-96-2053 y S-00-0761:Branda)*

Para los proyectos “progresistas” el bien a tutelar es el embrión implantado en seno materno:

*Art. 13.- sustituyendo el artículo 70 del Código Civil por el siguiente:*

*Art. 70.- Desde la concepción en el seno materno o desde la implantación del embrión en éste si hubiera sido fecundado en forma extracorpórea, comienza la existencia de las personas; y antes de su nacimiento pueden adquirir algunos derechos, como si ya hubieren nacido. Estos derechos quedan irrevocablemente adquiridos si nacieren con vida, aunque fuera por instantes después de estar separados de su madre. El óvulo fecundando goza de la protección jurídica que ese código otorga a la personas por nacer. (S-0628-00:Laferrier-Storani).*

En los proyectos “conservadores” para evitar todo tipo de deslizamiento lingüístico (de sentido) que pueda dar cuenta de una concepción epigenética del desarrollo embrionario, se establece que:

*“ Art. 11.- A los efectos de esta ley, las denominaciones “preembrión, embrión, ovocito-pronucleado, huevo-cigoto, embrión-preimplantatorio, embrión posimplantatorio, nasciturus, feto, feto más avanzado, serán interpretados como persona por nacer”. (D-93-261: Ruckauf-Iribarne)*

Esta delimitación del sentido se efectúa, como se vio, extendiendo el “espíritu” de los artículos 63 y 70 del Código Civil. Pero es tal la centralidad que reviste el óvulo fecundando en la pretendida regulación de la RMA, que se llega al punto de enumerar detalladamente los derechos del embrión que deberán ser protegidos por el orden jurídico:

---

*ser humano desde el momento de su concepción...” (Idem, 2003).*

“art.- 14. *EL embrión humano goza de los siguientes derechos esenciales, que por otro lado, también son comunes a todas la personas a saber:*

1. *A la vida.*
2. *A nacer.*
3. *A la salud.*
4. *A la integridad física y psíquica.*
5. *A una familia.*
6. *A la identidad genética, biológica, social y jurídica.*
7. *A disfrutar de su medio ambiente humano materno natural.*
8. *A la igualdad.*
9. *A la dignidad.*
10. *A la identidad.*

(D-93-261: Ruckauf –Iribarne)

Se observa entonces que los derechos del embrión o los del pre-embrión en la postura más “progresista”, son más importantes y esenciales que los derechos de los sujetos bajo control médico. La pretendida regulación sobre el conjunto de las prácticas médicas esta centrada en el embrión y en los objetos -¿sujetos?- de intervención médica. Si algunos proyectos establecen que las técnicas reproductivas deberán emplearse sólo cuando no pongan en peligro la salud de los sujetos, las consideraciones no van más allá de esta afirmación general. *De derecho*, se da garantía jurídica a las intervenciones *de hecho* de los médicos -de acuerdo a criterios propios- sobre los cuerpos de los “usuarios”. Esta garantía jurídica se legitima jurídicamente a través del “consentimiento informado”, pero existen serias dudas de que, en el contexto de la medicina reproductiva, donde las relaciones de poder entre médicos y “pacientes” son tan desiguales, pueda garantizar la seguridad física de los sujetos<sup>153</sup>.

---

<sup>153</sup> No podemos aquí profundizar en este interesante dispositivo, pero se ha cuestionado el uso de consentimiento informado por varias motivos, algunos de ellos: A), la información suministrada por los médicos no refleja la realidad de riesgos de los procedimientos; B) la estigmatización social de la infertilidad están poderosa y con efectos tan profundos en los sujetos, que muchos de ellos llegan a la medicina reproductiva en un estado de vulnerabilidad que difícilmente puedan discernir entre promesas y peligros de las TR; C), el consentimiento informado es un dispositivo estratégico para des-responsabilizar a los médicos de sus acciones y autoresponsabilizar a lo sujetos que consienten; D) es además un mecanismo jurídico para resguardarse en casos de demandas por mala praxis.

Por lo tanto, puede afirmarse que la “regulación de las TR” tiende a limitar el accionar médico siempre y cuando no ponga en “peligro” a esa pequeña persona que es el embrión. Sus derechos están por encima de los derechos de la mujer –la que aportó los óvulos para darle existencia, previo sometimiento de su cuerpo a las intervenciones médicas-. El control médico sobre el cuerpo deviene así juridizado al darse centralidad al estatus del embrión.

## **5. La mujer como medio nutricio**

En ambos casos, subyace la idea de la mujer como un medio para dar vida a un nuevo ser humano, su cuerpo es considerado un mero entorno nutricio sin relación alguna con lo que porta en su interior. La concepción biopolítica de que el ser humano está programado genéticamente desde su fecundación legitima esta concepción y desvía la atención al papel de la mujer en el desarrollo del embrión.

La ideología de la preformación tienen múltiples consecuencias jurídicas sobre el cuerpo de la mujer, dado que es ella quien carga con el destino de ser madre. La primera consecuencia deriva de la concepción de la mujer como medio nutricio está tan inscrita en el orden jurídico, que el Estado podría disponer de su cuerpo, de su vida y de su muerte para garantizar la viabilidad del embrión:

### *Capítulo XIV: De la madre gestante en peligro de muerte*

*“Art.62.- Si la salud de la madre gestante fuere precaria por hallarse en estado terminal, o por encontrarse en estado de coma vegetativo, ésta deberá, en la medida de lo posible, ser mantenida con vida por medios artificiales, para dar viabilidad al embrión que gesta y después de nacido el embrión, hasta que sea establecida su muerte clínica”. (D-93-2617: Ruckauf-Iribarne)*

*“Art.63.- Si mediare oposición o imposibilidad económica de mantener a la mujer gestante con vida por medios artificiales, el Instituto Nacional de Procreación Humana tendrá a su cargo, brindar los medios necesarios para asegurar la viabilidad el embrión gestado y el mantenimiento*

*con vida de la mujer hasta que sea establecida su muerte clínica posterior al nacimiento del embrión. (Idem).*

La mujer se vuelve así simple *vida nuda* (Agamben, 1995) en manos del poder soberano. El valor o disvalor de esa vida depende de una decisión justificada por el derecho a la vida del embrión, por su irrenunciable destino a nacer a cualquier precio. De este modo, si el poder médico convirtió a la mujer en *Mother Machine* (Corea, 1986) bajo gestión técnica, el poder jurídico, querrá convertirla en una muerta viviente; su vida es, como diría Agamben (1995), la vida del *Homo Sacer*: aquella es que es posible dar muerte, disponer de su vida, sin cometer homicidio. (1995) Las ciencias biomédicas, con sus dispositivos técnicos, y el poder soberano se disputan el control sobre la vida y de la muerte de los sujetos. El cuerpo de la mujer queda atrapado entre dos campos de poder que en la lejanía aparecen opuestos, pero un análisis más detallado permite observar que tal oposición es complementemente aparente. Un conjunto de células en desarrollo ideológicamente construido como persona es el centro de la lucha política, pero el campo de batalla sigue siendo el sujeto, la mujer:

*“La vida y la muerte son dos grandes enigmas de la condición humana y repercuten no solo en el interior del hombre sino también las estructuras sociales y culturales, ya que también para fines jurídicos es necesario determinar en que momento se producen estos acontecimientos”.*

*(...) “Hoy nos encontramos ante una situación que el derecho no puede ignorar, y esto es que mediante procedimientos técnicos puede “generarse” vida humana fuera del seno materno y “antes” de su inserción en él. (...) no podemos ignorar esta realidad y dejar en manos de los científicos o de los “donantes” o padres o cualquier otro sujeto, el destino de tales embriones antes de la transferencia al seno materno”. Lylia M. Arancio de Beller, proyecto de ley ( reforma de los art. 63 y 70 del Código Civil) 2734/03.*

Pero sin llegar al extremo de convertirla en muerte viviente, la mujer se encuentra en posición muy desigual frente al embrión jurídicamente tutelado. La mujer que busca ayuda en la medicina reproductiva perderá su precario poder sobre sus óvulos ni podrá arrepentirse de su devenir madre luego de haber consentido la FIVTE:

*“Art.27.- Prohibición de la mujer de retirarse del centro en el que se aplicó la técnica, hasta tanto se le transfiera el embrión concebido”. (D-93-261: Ruckauf-Iribarne)*

*“Art.50.- Una vez concebido el embrión, mediante la aplicación de técnicas de fecundación extracorpórea, su madre biológica, no podrá retirarse del centro donde se le efectúe la práctica, hasta que el mismo le haya sido transferido”. (Idem)*

Si esta prohibición es resistida entonces podrá ser penalizada:

*“Art.23.- Se reprimirá con prisión de quince días a un año a la mujer que, habiendo dado su consentimiento para la fecundación de un óvulo propio, abandonare a su suerte al óvulo ya fecundando o se negare a su implantación” (S-96-2053:Branda).*

Volviendo a nuestra hipótesis inicial, el objetivo de la ley es separar los más tempranamente al “embrión” de la mujer. Esta separación temprana, producida por el saber-poder médico se complementa ahora con la separación jurídica. La mujer pierde así una doble batalla en dos frentes complementarios. ¿De quién es el óvulo fecundando y quién tendrá poder decisorio sobre él?

### **Conclusión parcial**

Del análisis de los proyectos de ley, se advierte que la pretendida regulación del accionar de las prácticas médicas se desliza ampliamente y sin solución de continuidad hacia los sujetos de la medicina reproductiva. Las actividades biomédicas son reguladas sólo en aquellos aspectos que pongan en peligro el orden social vigente: la familia centrada en la institución del matrimonio, la maternidad biológica, la paternidad. Este accionar jurídico esta justificado en los “fantasmas” de la clonación, la ectogénesis) la creación de híbridos, etc. Estos potenciales “abusos” permiten mistificar lo que esta en juego en los proyectos ley.



Tras la preocupación por el embrión se articulan nuevos controles sociales. Este nuevo ente creado por la biotecnología permite una mayor injerencia del Estado en la vida biopolítica de los sujetos. La voluntad de biopoder del Estado, preocupado por el embrión, justifica la juridización minuciosa de la vida y es, en primera instancia, la mujer la afectada en este proceso, dado que su rol debería ser cobijar a esa “pequeña persona” cuya individualidad, acorde al determinismo biológico, estaría inscripto en su código genético.

Si bien todos estos proyectos perdieron estado parlamentario, es posible vislumbra la dirección que seguirán en las estrategias (bio)jurídicas. Se torna imperioso no dejar en manos de los expertos el monopolio del desarrollo biotecnología; es necesario limitar sus intervenciones iatrogénicas y resistir sus efectos disciplinarios y biopolíticos. Sin embargo nuevos controles están dirigidos hacia quienes poseen menos poder para evitar la privatización de la vida. Una nueva microfísica del poder se perfila con la construcción ideológica del embrión y ello en nombre del derecho a la vida.

## Conclusiones

A lo largo de esta investigación hemos analizado cómo fue constituyendo estrategias discursivas para crear un sentido particular de las tecnologías reproductivas. Hemos visto cómo los médicos reproductólogos se han apoderado del último proceso de la reproducción humana que aún no había sido apropiada por los mismos. El control de la fecundación realizado extracorporalmente en el laboratorio sin embargo implica un mayor control médico sobre el cuerpo de los sujetos y, en particular sobre el cuerpo de la mujer. La medicina reproductiva produce una fragmentación en el proceso reproductivo a manera de una cadena de montaje. Como se visto en el análisis de las intervenciones medicas para lograr el “deseado hijo propio”, los reproductólogos paradójicamente no consideran sujetos, sino células y órganos, y las intervención tecnológicas aplicadas a la procreación operaciones salen del área de las relaciones entre sujetos sexuales. Las células pueden ser extraídas, donadas, funcionando como categoría de intercambio y de relación social. La metáfora del cuerpo como máquina biológica justifica el uso de dispositivos tecnológicos que pretenden ensamblar y reparar-y/o sustituir las partes del cuerpo-máquina dañada.

La justificación del “hijo propio” estimula la fetichización del mismo el cual podría ser adquirido en el mercado reproductivo. Las ideologías de genero atraviesan a las ciencias biomédicas para exaltar el instinto natural de la mater-paternidad moviliza. Condición necesaria para reproducir su propio mercado. En este proceso, la mistificación que produce estas ideologías desvían la atención de los riesgos físicos-emocionales, económicos y políticas de las intervenciones biomédicas.

Sobre este última cuestión, el control del proceso reproductivo, a través del control y manipulación de los cuerpos, tiene efectos sociales que van más allá de los objetivos manifiestos de lograr el hijo propio. Una de las consecuencias ,y la más evidente, es la adquisición de nuevos saberes y mayor poder ligado al privilegio social que ese saber le confiere. A su vez, la manipulación y expropiación de los materiales biológicos otorgan la materia prima para la creación de bienes que serán comercializados en el mercado (células madres para transplantes, nuevas drogas, posibilidad experimentar terapias génicas, etc.).

Por otra parte vimos cómo la crisis social y económica que atraviesa el país ha limitado la clientela del elitista mercado reproductivo. En este contexto la construcción de

las TR como una necesidad social se construye apelando al derecho de los “infértiles”. Éstos últimos movilizados por sus “propias” demandas interpelan al Estado para que garantice la cobertura de las intervenciones médicas. Por el momento el Ministerio de Salud rechaza estas demandas argumentando la situación crítica del sistema de salud. No obstante es de esperarse que los grupos de “pacientes” constituidos como grupos de presión aumenten en función de la naturalización de un sentido social de las TR construido por aquellos que manejan un saber consagrado y por tanto legítimo.

En este sentido, el orden jurídico al intentar regular a las TR se han enfocado principalmente en los sujetos intervenidos tecnológicamente y en las relaciones sociales. El orden jurídico consagrada una visión del mundo centrada en la familia articulada por la institución matrimonial, imponiendo la heterosexualidad obligatoria. Por ejemplo al negar el acceso a ciertas categorías de sujetos. Los proyectos de ley se perfilan como un nuevo control social, justificado en las relaciones sociales dominantes y en la construcción ideológica del embrión, que se complementa con el poder médico para consagrar el orden social vigente.

La naturaleza biopolítica de ambos poderes permite decidir sobre el cuerpo biopolítico y la vida de los sujetos, en particular sobre el de la mujer, justificada en la (re)producción de la vida, sellando así su propia servidumbre.

## Bibliografía

Agamben, G. (1995) *Homo Sacer: El poder soberano y la nuda vida I*. Valencia: Pretextos.

Arditti, R. (1990) "Surrogacy in Argentina". En *Issues in Reproductive and Genetic Engineering*. Vol. 3, N.3, pp. 35-43.

Balakrishnan, R. (1994) "The Social Context of Sex Selection and the Politics of Abortion in India". En: Harvard School of Public Health (comp) *Power and Decision: the Social Control of Reproduction*. pp. 267-286.

Barbosa, R. (2000) "Relacoes de Genero, Infertilidade e Novas Tecnologias Reprodutivas". En *Estudos Feministas*. Vol. 1, N 8, pp. 212-228.

Bestard, J. (1998) *Parentesco y modernidad*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Bianco, M. (1987) "Algunas consideraciones sobre el uso de tecnología en la atención del embarazo y el parto". En *Cuadernos Medicos Sociales*. N. 40, pp. 49-52.

Bianco, M. (1991) "Medicalización y Reproducción Humana". En Azereda, S. y Stolke, V. (coord) *Direitos Reprodutivos*. Sao Paulo: FCC/DPE.

Birke, L.; Himmelweit, S. y Vines, G. (1990) *El niño del mañana: tecnologías reproductivas en los 90*. Barcelona: Pomares-Corredor.

Blanco, L. (s/f) "La infertilidad humana" En Materiales Catedra de Bioética y Derecho, Universidad de Buenos Aires. [www.bioética.org.ar](http://www.bioética.org.ar)

Bock, G. y Thane, P. (1996) "Introducción del editor". En Bock y Thane (comp) *Maternidad y políticas de género. La mujer en los estados de bienestar europeos, 1880-1950*. Madrid: Cátedra.

Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1995) *Respuestas por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.

Bourdieu, P. (2000) *Poder, derecho y clases sociales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Castel, R. (1997) *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós.

X Castellani, D. (1997) *Lengua, Mente y Discurso. Aproximaciones críticas al estudio del lenguaje*. Olavarría: Facultad de Ciencia Sociales. Universidad del Centro de la Pcia. de Buenos Aires.

Cecchetto, S. (1995) "La medicalización del embarazo y el parto". En *Cuadernos Medicos Sociales*. N. 70, pp. 89-94.

Clavreul, J. (1978) *El orden médico*. Barcelona: Argot.

Climent, G. (1987) "Modalidades de atención y tecnologías apropiadas en salud: el caso de la atención obstétrica". En *Cuadernos Medicos Sociales*. N. 39, pp. 49-69.

Conrad, P. (1982) "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social". En Ingleby, D. (comp) *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental*. Barcelona: Crítica.

Conrad, P. y Schneider, J. (1985) *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Columbus, Ohio: Merrill Publishing Company.

Corea, G. (1985) *The Mother Machine. Reproductive Technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs*. Nueva York: Harper and Row.

Corea, G. (1989) "Current Developments and Issues: A Summary". En *Issues in Reproductive and Genetic Engineering*. Vol. 3, N.3, pp. 253-277.

- Donzelot, J. (1984) *L'Invention du social. Essai sur le déclin des passions politiques*. Paris: Éditions du Seuil.
- Fausto-Sterling, A. (2001/02) "Dualismos em duelo". En *Cadernos Pagu*. N. 17/18, pp. 9-79.
- Folgarait, A. (1992) *Manipulaciones Genéticas. Quimeras y negocios de laboratorio*. Buenos Aires: Norma.
- Foucault, M. (1990) *Historia de la Sexualidad I. La voluntad de saber*. Mexico: Siglo XXI.
- Foucault, M (1994) "El juego de Michel Foucault". En *Saber y Verdad*. Varela, J y Alvarez Uría, F (comp). Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (1996) *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira.
- Foucault, M. (1999) *El orden del discurso*. Barcelona: Tusquets.
- Foucault, M. (2000) *Los Anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Franklin, S. (1995) "Postmodern Procreation: A Cultural Account of Assisted Reproduction". En *Conceiving the New World Order*. Berkeley y Los Angeles: University of California Press.
- Franklin, S. (S/F) "Biologization Revisited: Kinship Theory in the Context of the New Biologies", published by the Department of Sociology. Lancaster University at:  
<http://www.comp.lands.ac.uk/sociology/soc022sf.html>
- Giberti, E. et al (2001) *Los hijos de la fertilización asistida*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Grassi, E. (1995) "Nuevo discurso familiarista y viejas prácticas de discriminación en la redefinición de los contenidos de la legitimidad del orden social". En Tarducci, M. (comp) *La producción oculta*. Buenos Aires.

Grassi, E. (1996) "Políticas sociales e investigación antropológica: Problemas y propuestas". En Hintze, S. (comp) *Políticas Sociales. Contribución al debate teórico metodológico*. Buenos Aires: CEA, Oficina de Publicaciones CBC, Universidad de Buenos Aires.

Habermas, J. (1984) *Ciencia y técnica como "ideología"*. Madrid: Tecnos.

Henao, G. (1999) "Ideología, obstetricia y sociedad. Comentarios a una tesis de grado". En *IATREIA*. Vol.12, N.2, pp. 61-71.

Huffschmid, A. (1993) "De quién es el feto? El aborto y su relación con las nuevas tecnologías reproductivas en la República Unificada de Alemania". En *Debate Feminista*. Año 4, Vol. 8, pp. 142-162.

Illich, I. (1978) *Némesis Médica*. Mexico DF: Joaquín Mortí.

Jelin, E. (1995) "Familia y Género: notas para el debate". En *Estudios Feministas*. Vol. 3, N. 2, pp. 394-413.

Kaplan, L. y Kaplan, C. (1992) "Natural Reproduction and Reproduction-Aiding Technologies" En Alpen, K. (ed) *The ethics of reproductive technology*. New York: Oxford University Press.

Kirejczyk, M. (1994) "Cassandra's Warning: Feminist Discourse, Gender and Social Entrenchment of In Vitro Fertilization in the Netherlands" En *The European Journal of Woman's Studies*. Vol. 2, pp. 151-164.

Lamas, M. (1996) "La Antropología Feminista y la categoría "género". En Lamas, M. (comp) *El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Miguel Angel Porrúa. Grupo Editorial.

Le Breton, D. (2002) *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Martin, Emily (1996) *The Woman in the Body*. Buckingham: Open University Press.

Mies, M. (1994) "New Reproductive Technologies: Sexist and Racist Implications". En *Quilt*. Asian Women's Human Right Council, pp.41+.

Mishler, E. (1981) "Viewpoint: critical perspectives on the biomedical model". En Mishler, E. (comp) *Social Contexts of Health, Illness and Patient Care*. Cambridge: Cambridge University Press.

Narotzky, S. (1995) *Mujer, Mujeres, Género: una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las Ciencias Sociales*.

Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Nievas, F. (1998) *El control social de los cuerpos*. Buenos Aires: Eudeba.

O'Malley, P. (1992) "Risk, Power and Crime Prevention". En Barry, A.: Osborne, T. y Rose, N. (comp) *Foucault and political reason. Liberalism, neo-liberalism and rationalities of government*. London: UCL Press.

✓ Oszlak, O. (1997) "Estado y sociedad: nuevas reglas de juego?". En *Reformas y Democracias*, CLAD, N. 9, pp. 8-60.

✓ Pegoraro, J. (1995) "Teoría Social, Control Social y Seguridad el nuevo escenario de los 90". En Pavarini, M. y Pegoraro, J. *El control social en el fin de siglo*. Buenos Aires: Secretaría de Posgrado, Facultad de Ciencias Sociales, Oficina de Publicaciones del Ciclo Básico Común, Universidad de Buenos Aires.

Pegoraro, J. (2003) "La Violencia, El Orden Social y El Control Social Penal". En *Revista Brasileira de Ciencias Criminales*. Año 11, N. 45, pp. 47-58.



Petroni, A. (1992) "Costo Beneficio en parto-cesarea". En Bianco, M (comp) *Por una maternidad sin riesgos*. Buenos Aires: Fundación Estudio e Investigación de la mujer.

Raymond, J. (1993) *Women as Wombs: reproductive technologies and the battle over women's freedom*. San Francisco: HarperCollins.

Rotania, A. (1999) "Vertientes valorativas actuales frente a las nuevas tecnologías reproductivas conceptivas y genéticas" En Scavone, L. (comp) *Genero y Salud Reproductiva en América Latina*. Libro Universitario Regional (LUR).

✕ Rose, N. (1997) "El gobierno en las democracias liberales avanzadas: del liberalismo al neoliberalismo". En *Archipiélago. Cuadernos de crítica de la cultura*. N. 29, pp. 25-40.

Rubin, G. (1996) "El tráfico de mujeres: Notas sobre la economía política del sexo". En Lamas, M. (comp) *El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Miguel Angel Porrúa. Grupo Editorial.

Sawicki, J. (1991) "Disciplining mothers: feminist and the new reproductive technologies", Cap. 4. En *Disciplining Foucault: Feminism, Power, and the body*. New York: Routledge, Chapman & Hall.

Scott, J. (1996) "El género: una categoría útil para el análisis histórico". En Lamas, M. (comp) *El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Miguel Angel Porrúa. Grupo Editorial.

Scott, J et all (1996) "El concepto de género". En Lamas, M. (comp) *El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Miguel Angel Porrúa. Grupo Editorial.

Sommer, S. (1991) "New reproductive technologies: a report from Argentina" En *Issues in Reproductive and Genetic Engineering*. Vol. 4, N.1, pp. 41-43.

Sommer, S. (1992) "New reproductive technologies: a second report from Argentina" En *Issues in Reproductive and Genetic Engineering*. Vol. 5, N.3, pp. 291-295.

Sommer, S. (1994) *De la cigüeña a la probeta. Los peligros de la aventura científica*. Buenos Aires: Planeta.

Sommer, S. et al (1997) "Dossier: Las nuevas tecnologías reproductivas". En *Feminaria*. Año X, N. 19, pp. 37-42.

Sommer, S. (1999) "Nuevas formas de procreación". En Scavone, L. (comp) *Genero y Salud Reproductiva en América Latina*. Libro Universitario Regional (LUR).

Stanworth, M. (1987) *Reproductive Technologies: Gender, Motherhood and Medicine*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Stanworth, M. (s/F) "Birth Pangs: Conceptive Technologies and the Threat to Motherhood". En Hirsch, M. y Fox Keller, E. (comp) *Conflicts in Feminism*. New York: Routledge.

Stolcke, V. (1987) "Las nuevas tecnologías reproductivas, la vieja paternidad" En *Mujeres: Ciencia y Práctica Política*. Madrid: Debate.

Stolcke, V. (1988) "New reproductive technologies: the old quest for fatherhood". En *Issues in Reproductive and Genetic Engineering*. Vol. 1, N.1, pp. 5-19.

Stolcke, V. (1991) "Derechos Reproductivos". En Azereda, S. y Stolke, V. (coord) *Direitos Reprodutivos*. Sao Paulo: FCC/DPE.

Stolcke, V. (1998) "Es el sexo para el género como la raza para la etnicidad?" En Alvarez Uría et al (comp) *Neoliberalismo versus Democracia*. Madrid: La Piqueta.

Taussing, M. (1995) *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente*. Barcelona: Gedisa.

Testart, J. (1994) *La Procreación Artificial*. Madrid: Debate.

Testart, J. y Godin, C. (2002) *El racismo del gen. Biología, medicina y bioética bajo la férula liberal*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Tubert, S. (1991) *Mujeres sin sombra: Maternidad y Tecnología*. Madrid: Siglo XXI.

Tubert, S. (1993) "Demanda de hijo y deseo de ser madre". En *Debate Feminista*. Año 4, Vol. 8, pp. 349-377.

Tubert, S. (1996) "Introducción". En Tubert, S (comp) *Figuras de la madre*. Valencia: Cátedra.

Verón, E. (1987) *La Semiosis Social. Fragmentos de una teoría de la discursividad*. Buenos Aires: Gedisa.

Wajcman, J. (1994) "Delivered Into Men's Hands? The Social Construction of Reproductive Technology" En *Power and Decision: The Social Control of Reproduction*. Cambridge: Harvard School of Public Health.

Wilson, E. (1980) *Sociobiología. La nueva síntesis*. Barcelona: Omega.

## **Fuentes y Documentos**

### **British Medical Journal**

Alistair, G. "Health risks in babies born after assisted reproduction". *BMJ* 2002;325:117-118 (20 July).

Bonduelle, M. et al "Commentary: major defects are overestimated". BMJ 1997;315:1265-1266 (15 November)

Kurinczuk, J. y Bower, C. "Birth defects in infants conceived by intracytoplasmic sperm injection: an alternative interpretation". BMJ 1997;315:1260-1265 (15 November).

Smith, R. "In search of 'non-disease'". BMJ 2002;324:883-885 (13 April).

*The New England Journal of Medicine*

Callahan, T. et al "The Economic Impact of Multiple-Gestation Pregnancies and the Contribution of Assisted-Reproduction Techniques to Their Incidence". NEJM 1994;331:244-249 (28 July)

Editorial, "In Treating Infertility, Are Multiple Pregnancies Unavoidable?". NEJM 2000;343:58-60 (6 July).

Hansen, M. et al "The Risk of Mayor Birth Defects after Intracytoplasmatic Sperm Injection and in Vito Fertilization". NEJM 2002;346:725-730 (7 March).

Kaiser, U. "The Pathogenesis of the Ovarian Hyperstimulation Syndrome". NEJM 2003;349:729-732 (21 August).

Mitchell, A. "Infertility Treatment- More Risks and Challenges". NEJM 2002;346:769-770 (7 March).

Neumann, P. et al. "The Cost of a Successful Delivery with in Vitro Fertilization". NEJM 1994;331:239-243 (28 July).

Smits, G. et al. "Ovarian Hyperstimulation Syndrome Due to a Mutation in the Follicle-Stimulating Hormone Receptor". NEJM 2003;349:760-766 (21 August).

Schieve, L. et al. "Low and Very Low Birth Weigth in Infants Conceived with Use of Assisted Reproductive Technology". NEJM 2002;346:731-737 (7 March).

### Revista Iberoamericana de Fertilidad

Acevedo, M. et al. "Complicaciones de la punción ovárica transvaginal en Reproducción Asistida". Vol. 20, N. 1, 2003.

Muñoz-Quiles et al. "Efectos a largo plazo de las técnicas de reproducción asistida sobre la descendencia". Vol. 18, N.2, 2001.

Peinado, I. et al. "Controversias sobre microinyección de espermáticas en humanos". Vol 19, N.1, 2002.

Romcu, A. et al. "Gestación múltiple: Hasta que punto es un problema?". Vol. 19, N.3, 2002.

### **Registros estadísticos**

#### *Instituto nacional de estadística y censos (INDEC)*

INDEC, Estimadores demográficos por provincia, 1990-2001.

INDEC, Tasa de mortalidad infantil: total, neonatal y post-natal, 1990-1999, 2000, 2001.

INDEC, Distribución de hogares por sexo del jefe según situación de pobreza, 2001.

INDEC, Población total por cobertura de obra social y/o plan de salud privada o mutual, según sexo y grupos de edad, 2001.

INDEC, Población con/sin cobertura médica, 2003.

INDEC, Incidencia de la pobreza e indigencia en el total urbano EPH y por regiones, 2003.

Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, Programa Materno Infantil, 2003 y 2004.

### **Registros estadísticos sobre procedimientos con Tecnología reproductiva**

#### *Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida (REDLARA)*

REDLARA 2001; 2000; 1999, 1996.

REDLARA: Consentimiento informado, 2001

### **Registros publicados en Fertility Sterility**

- IFFS, Surveillance 98, Fertility and Sterility. Vol. 71, N° 5, suppl.2 May, 1999.
- ASRM/SART REGISTRY Assisted reproductive technology in the United States: 1999 results generated from the American Society. vol. 78, N° 5 nov, 2002
- National Summary and fertility clinic reports 1996, CDC, dec, 1998.

- National Summary and fertility clinic reports 20021 , CDC, dec, 2003.
- Used For assisted Reproductive technology, United State, 1996-1998.
- Assisted reproductive technology in Europe, 1999. Result generated from European Registers by ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embriology. *Human Reprod.* Vol. 17, dec, 2002.
- Assisted reproductive technology in Europe, 1998. Result generated from European Registers by ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embriology. *Huma Reprod.* Vol. 16, dec, 2001.

### **Diarios y revistas**

- Clarín, “Embarazo con un embrión congelado” 29/4/1991.
- Ambito Financiero, “Experimentan en el país con embriones congelados” 21/6/1991.
- La Nación, “Antonio, Néstor y Natán, los bebés llegados del frío” 14/6/1993.
- La Nación, “Criopreservación: un método científico en pleno desarrollo” 15/6/1993.
- La Nación, “Una nueva técnica inyecta los espermatozoides en los óvulos” 2/9/1993.
- Clarín, “En el próximo siglo, todas las parejas podrán tener hijos” 22/4/1998.
- La Tercera, “Chilenos descubrieron técnica para combatir infertilidad masculina” 14/9/1998.
- Clarín, “Prueban una nueva técnica de fertilización asistida” 10/10/1998.
- Clarín, “La fertilización asistida, una polémica mundial” 20/3/1999.
- Clarín, “Polémica por un método de fertilización asistida” 2/4/1999.
- Clarín, “Responden dos especialistas argentinos” 2/4/1999.
- DiarioMedico.com “La media de éxito de las técnicas de reproducción es del 25% de los ciclos” 10/10/2000.
- Clarín, “Las parejas infértiles no deberían ocultar su problema” 3/5/2001.
- DiarioMedico.com “Estados Unidos dividido ante la fabricación de embriones para obtener células madre” 13/7/2001.
- DiarioMedico.com “El PP dispuesto a poner medios para atajar la baja natalidad” 5/9/2001.
- Clarín, “Maniobras de marketing” 27/11/2001.
- Clarín, “La clonación podría ser una nueva forma de reproducción asistida” 27/11/2001.
- La Nación, “Ausencia de leyes y coberturas” 5/1/2002.

Clarín, "Ahora hay muchas formas nuevas de buscar ser mamá" 3/2/2002.  
La Nación, "Los centros de fertilización tientan a parejas extranjeras" 3/7/2002.  
DiarioMedico.com, "Los nacidos por ICSI tienen más riesgos de defectos cromosómicos"  
5/7/2002.  
Clarín, "Ya se puede elegir el sexo de los bebés: cuesta 12.500" 20/9/2002.  
Clarín, "La libertad de su cuerpo es la máxima conquista de la mujer" 29/9/2002.  
Revista Caras, "Halitus, centro de vida" Noviembre 2002.  
Página 12, "Guardar hoy y ser madre mañana" 29/11/2002.  
Clarín, "Logro de científicos argentinos" 12/12/2002.  
Clarín, "Exitoso desarrollo argentino en técnicas de embarazo con *óvulos congelados*"  
15/12/2002  
Clarín "El 26.2% de los porteños no tiene cobertura médica" 14/ 2/2003.  
Clarín "En los hospitales de la Ciudad hay 2.000 consultas diarias más" 14/ 2/2003.  
Clarín, "Ni culpas ni vergüenza" 15/6/2003.  
Clarín, "Aprendamos de las mujeres" 15/6/2003.  
Clarín, "Para que el mundo hable de la infertilidad" 16/6/2003.  
Clarín "Cada 13 días muere un mujer por abortos ilegales en la provincia" 25/ 6/2003.  
Clarín "Buscan que la obra social cubra fertilización asistida" 2/ 7/2003.  
Clarín "Cada vez más gente sin cobertura médica" 24/ 7/2003.  
Página 12, "La maternidad en el freezer" 8/2/2004.  
Clarín "Día internacional de la mujer: un drama en crecimiento. Radiografía del aborto en la  
Argentina" 8/ 3/2004.  
  
www.Halitus.com "Dulce espera con fecundación asistida" 7/12/1989.  
www.Sentir y Pensar.com "Porqué elegí especializarme en esterilidad" 13/8/2002.

## **PROYECTOS LEGISLATIVOS ARGENTINOS**

Nº 94/93 del Senador Lafferiere,

Nº 1374/93 de los Senadores Britos, Rivas y otros.

Nº 430/95 del Senador Rivas,

Nº 551/95 del Senador Britos,

Nº 628/95 del Senador Laferriere,

Nº 1351/95 del Senador Martínez Almudévar,  
Nº 272/97 del Senador Villaverde,  
Nº 453/97 del Senador Ulloa,  
Nº 450/97 del Senador Storani  
Nº 867/97 del senador Romero Feris,  
Nº 3490/92 de los Diputados Orquín, Vicchi, Parente, Gonzales Gass, Gauna y Salvador  
Nº 2617/93 de los diputados Rouckauf e Irribarne,  
Nº 3758/93 de los Diputados Mendoza y Troyano,  
Nº 4285/? Del Diputado Algaba,  
Nº 5284/94 del Diputado Orquín,  
Nº 2071/95 del Diputado Mendoza,  
Nº 4857/96 del Diputado Polo,  
Nº 882/98 de la Diputada Martínez,  
Nº 1257/98 de la Diputada Musa,  
Nº 1944/98 del Diputado Cafiero,  
Nº 3594/98 de los Diputados Camaño y Corhuelo Blasco,  
Nº 7475/98 del Diputados Arias,  
Nº 2841/99 del Diputado Laferriere.  
Nº 2056/96 del Senador Branda  
No 2734/03 Del senador Lylia Arancia de Beller.

### **LEYES INTERNACIONALES**

Ley 745/90. Ley alemana del Proteccion del Embrión 13 /12/90.

Ley 45/2003 Ley española Refomada (modifica ley 35/1988). 21 de noviembre.

Ley 35/1988. Ley española de 22 de noviembre.

Real Decreto 120/2003 de 31 de enero. (España)

Ley Francesa No 94-653. 29 de julio de 1994. Relativa al respeto del cuerpo humano



## ANEXO INFORMATIVO

### **A- otras técnicas reproductivas**

**A.1 Transferencia intratubaria de gametos (GIFT):** Las mujeres con trompas de Falopio sanas son las candidatas a esta técnica, incluyendo aquellas con endometriosis leve, *infertilidad inexplicada*, *factor masculino (leve)*, cervical o inmunológico. Durante la GIFT, los óvulos y el espermatozoide se ponen en contacto en el laboratorio siendo colocados inmediatamente en las trompas, de tal modo que la fecundación se produce dentro del cuerpo (fecundación intracorpórea). Los pasos a seguir son similares a los realizados en FIV: estimulación de la ovulación y aspiración de óvulos. La transferencia de los gametos mezclados en laboratorio se realiza mediante laparoscopia. Si se produce la fecundación el embrión tiene que bajar espontáneamente hacia el útero donde se implanta.

Existe, además, una variante que combina la GIFT y FIV en un solo procedimiento. La aspiración se realiza por laparoscopia y parte de los óvulos, junto con los espermatozoides, son transferidos a las trompas como en GIFT mientras que otra porción se fecunda *in vitro*.

**A.2. Transferencia intratubaria de embriones en estado de pronúcleos (PROST):** Es la transferencia intratubaria de embriones en estado de pronúcleos, es decir aproximadamente 24 hs. luego de la fecundación *in vitro*. Ésta técnica combina aspectos de la FIV y de GIFT, pero en este caso, se transfieren los embriones al tercio externo de la trompa por laparoscopia.

**A.3. Transferencia intratubaria de embriones tempranos clivados entre 2 y 4 células (TET):** consiste en la transferencia intratubaria de embriones tempranos en etapa de segmentación mediante intervención quirúrgica con laparoscopia.

**A. 4. Transferencia intratubaria del óvulo microinyectado (SOFT)** es un nuevo procedimiento, variante de la ICSI, que consiste en la transferencia inmediata del ovocito microinyectado con el espermatozoide al interior de la trompa de la mujer. Los creadores de este nuevo método fueron médicos chilenos y el primer caso exitoso se realizó en una Clínica Reproductiva Alemana. El resultado fue el nacimiento de trillizos en 1998. La Tercera, *Chilenos descubrieron técnica para combatir infertilidad masculina* 4/9/98.

De manera que el desarrollo del embrión se realiza *in corpore*, para que en un plazo de dos a cuatro días ingrese al útero donde posteriormente se implantará. El uso de este método está indicado *en la infertilidad masculina*, cuando el espermatozoide tiene incapacidad de penetrar en el ovocito, y cuando la mujer tiene sus trompas normales, es decir sana. Los expertos sostienen que una de las ventajas de este

método es que no desvinculan el embrión de la madre y no requerir de la FIV (cultivo en laboratorio) para transferirlo más tardíamente. En consecuencia tampoco hay una selección del embrión a transferir. Otra ventaja señalada es que su costo económico no es superior a los ya tradicionales métodos (entre 4.000 y 5.000 dólares, datos de 1998). No obstante, las etapas de sobreestimulación ovárica y aspiración siguen siendo la bases para esta técnica.

## **B- Técnicas suplementarias**

**B.1 Criopreservación** :El objetivo de la técnica es el mantenimiento de la viabilidad y funcionalidad celular. La criopreservación de material biológico tienen lugar en una solución acuosa, con diferentes crioprotectores o solutos presentes. La célula debe ser deshidratada a una temperatura adecuada para que no se produzca daño celular a una velocidad de enfriamiento óptimo, que es específica para cada tipo celular (Boiso; 2001, 21). Hasta ahora se puede criopreservar:

*B.1.a - criopreservación de esperma:* la posibilidad de conservar en frío por largo tiempo los espermatozoides fue demostrada por primera vez en batracios en 1945 (Francia) y utilizada en especie humana en 1953 en Estados Unidos (Testart, 1994:14). El semen criopreservado es utilizado tanto para procedimientos de inseminación artificial (IA) como en FIV y su almacenaje se gestiona en los bancos de semen. Para la criopreservación de esperma (Leibo y cols. 2002: 153-168) se utiliza como medio de suspensión el glicerol -solución albúmina- que sirve a su vez de crioprotector contra los daños causados por el frío<sup>1</sup>. Algunos o todas de las etapas pueden dañar las células durante la secuencia entera de criopreservación. El espermatozoide es especialmente sensible a las fluctuaciones de temperatura y afecta a su motilidad después del congelamiento. A pesar de la desigualdad de las evidencias de éxito el 50 % de las células espermáticas humana son dañadas o destruidas por el congelamiento y descongelamiento.

*B.1.b - Criopreservación de embriones:* En 1972, Whittingham y cols. publicaron los primeros resultados de congelación y descongelación de embriones de ratón. Actualmente el procedimiento se realiza en diferentes especies de mamíferos. Sin embargo, sólo en 1983 Trounson y Mohr reportaron el primer embarazo en humanos y en 1984 Zeilmarker y cols. el primer nacimiento, luego de transferir embriones descongelados. Actualmente, se criopreservan desde el estado de pronúcleos hasta blastocito<sup>2</sup>. Sin

---

<sup>1</sup> El proceso de criopreservación por enfriamiento equilibrado usualmente consta de los siguientes pasos: 1), las células en suspensión son colocadas en otra solución con un agente crioprotector, 2) la células son enfriadas a temperatura cercana a 0° C, 3) luego ellas son enfriadas a una temperatura bajo cero y en moderada proporción de 5-10°C/min a un intervalo de bajo cero (cerca de -75°C), y luego sumergido en nitrógeno líquido a -196°C para almacenaje. 4) para restaurar sus funciones las células criopreservadas son calentadas y descongeladas y el protector removido.

<sup>2</sup> Durante el proceso de criopreservación los embriones (Borrero y cols: 1996) son expuestos gradualmente a un crioprotector, se enfrían a temperatura de bajo 0°C, se induce la formación de cristales de hielo en el medio externo (seeding) y finalmente se almacenan en nitrógeno líquido a -196°C. Durante el proceso de descongelación, los embriones son expuestos temperatura ambiente, se remueve el crioprotector y retornan al ambiente fisiológico. Durante la congelación los cristales de hielo se forman primero en el medio extracelular

embargo, la sobrevida no es igual para todos los estados del desarrollo. Además varía según el protocolo de congelación-descongelación usado<sup>3</sup>. Las tasas de sobrevida varían entre 50 % y 90 % con tasas de embarazos cercanas al 20 %

*B.1.c - criopreservación de óvulos:* es considerada aún como un técnica experimental (...) con resultados pocos exitosos en cuanto la viabilidad de los óvulos luego de la descongelación debido a las alteraciones de su estructura celular. Sin embargo, en nuestro país, diversos expertos están orgullosos de haber mejorado la técnica cuando en el resto del mundo los resultados siguen siendo desalentadores<sup>4</sup>. La novedad consiste en utilizar como medio de criopreservación clorhidrato de colina en sustitución de sales de sodio -medio estándar para congelar óvulos- mejorando así su tasa de sobrevida.. Con esta nueva técnica se supone que se evitan daños en la estructura cromosómica de la célula, aunque luego del descongelamiento se evidencia daños en la membrana celular. Por lo tanto, la fecundación de estos óvulos solo es posible mediante la técnica del ICSI.

## **C- Las técnicas antecesoras de la ICSI:**

*C.1 Disección de la zona parcial (PDZ):* fue el primer método usada para “tratar la infertilidad masculina”, que consiste en abrir la zona pelúcida que rodea al óvulo, usando disolventes químicos o un instrumento de precisión para atravesarla. Este proceso garantizaba que el espermatozoide entrara y fertilizara el óvulo, pero existía el riesgo de demasiados espermatozoides lo fecundaran (poliespermia) produciendo anomalías genéticas y detención en el desarrollo del embrión. (Marc Goldstein y cols.).

*C.2 Inyección subzonal de espermatozoides (SUZI),* es similar a la PDZ pero más agresiva: Con la ayuda de un microscopio y monitor, se sujeta el óvulo con una pipeta y se atraviesa la zona pelúcida con otra pipeta más delgada (7 veces más fina que un cabello), que inyecta de 5 a 10 espermatozoides. De este modo se obliga al encuentro del óvulo y el espermatozoide evitando que éste tenga que fusionarse y atravesar por sí mismo la barrera de la zona pelúcida\*. Este método incrementó el porcentaje de FIV realizadas y pudo superar relativamente la pobre motilidad del espermatozoide y el bajo conteo espermático. Sin embargo, el riesgo de poliespermia\* siguió siendo un problema como en la técnica de PDZ (Ibid).

---

creando un gradiente de potencial químico que favorece la salida de agua del interior de las células. Si no se logra una adecuada deshidratación se formarán cristales de hielo en el interior de la célula y ocurrirá recristalización durante la descongelación, con graves consecuencias para la integridad estructural de la célula.

<sup>3</sup> De acuerdo a la velocidad de enfriamiento y descongelación, los métodos pueden clasificarse en protocolos de congelación lenta-descongelación rápida; congelación lenta-descongelación-lenta; congelación ultrarápida y vitrificación.

<sup>4</sup> Este éxito fue logrado por el Instituto Halitus pionero en el país en la criopreservación de óvulos (clarín, )

En la actualidad, esta técnica tanto como la PDZ son poco utilizadas gracias a la creación de la microinyección intracitoplasmática de espermatozoide que permitiría una elevada tasa de fecundación y la eliminación del riesgo de poliespermia. (Peinado, y cols, 2002, 52).

**D- LOS CENTROS REPRODUCTIVOS LOCALES** En Argentina existen al menos 35 centros dedicados a las TR (de alta y baja complejidad). De ellos, 25 se encuentran en la provincia de Buenos Aires, 13 en la Ciudad de Bs. As, y los restantes se reparten en otras pocas provincias. Los centros en azul indican que ellos están acreditados por la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (con sede en Chile) que nuclea, "asesora", y "controla" a dichos centros. Los centros en negro, indican que sólo están acreditados por la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (ex SAEF).

### **D.1 Buenos Aires**

#### **CEFERTIL**

Eduardo Acosta 1876 6° A - (1640) Martínez/Buenos Aires  
Dr. Alejandro Zurell

#### **Ce.F.I.V.T.E – Centro de Fertilización In Vitro y Transferencia Embrionaria. Hospital Francés.**

Carlos Calvo 2957 (1221) Ciudad de Buenos Aires.  
Dr. Juan Jose Partamian  
Dr. Alfredo R. Vázquez.

#### **CEGyR – Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción**

Viamonte 1438 (1055) Ciudad de Buenos Aires. [www.cegyr.com](http://www.cegyr.com)  
Dr. Claudio Chillik  
Dr. Santiago Brugo Olmedo

#### **Centro de Reproducción Humana Hospital Británico**

Pedriel 74 (1280) Ciudad de Buenos Aires  
Director: Dr. Arturo Eduardo Alfonsín

#### **Centro de Reproducción, Servicio de Ginecología del Hospital Italiano.**

Gascón 450 (1181) Ciudad de Buenos Aires. [www.hospitalitaliano.org.ar](http://www.hospitalitaliano.org.ar)  
Dr. Sebastian Gogorza

#### **Centro de Reproducción y Planificación Familiar**

Calle 41 #485 (1900) La Plata/ Buenos Aires [www.centrodereproduccion.com](http://www.centrodereproduccion.com)  
Dr. Alvaro Alosilla Fontis.

#### **CER - Centro de Salud Reproductiva**

Humboldt 2263/67 - (1425) Ciudad de Buenos Aires  
Dra. Ester Polak de Fried

**CIMER - Centro de Investigaciones en Medicina Reproductiva**  
Scalabini Ortiz 2416 5° "17" (1425) Ciudad de Buenos Aires . [www.cimer.com](http://www.cimer.com)  
Dr. Stella Maris Lancuba

**CRECER- Centro Especializado en Reproducción.**  
San Lorenzo 3071 (7600) Mar del Plata. [www.creccreproduccion.com.ar](http://www.creccreproduccion.com.ar)  
Dr. Edgardo Andreatta

**FECUNDITAS - Instituto Medico Integral de Fertilidad**  
Larrea 790 (1030) Ciudad de Buenos Aires. [www.fecunditas.com](http://www.fecunditas.com) y [www.PDG-fecunditas.com](http://www.PDG-fecunditas.com)  
Dr. Nicolas Neuspiller

**FERTILAB**  
Riobamba 1205 (1116) Ciudad de Buenos Aires  
Dr. Jorge Blaquier

**FERTILIS (Mar del Plata )**  
Rivadavia 2222 2° C - (7600) Mar del Plata/ Buenos Aires  
Dr. Alfredo Elena

**FERTISUR-CEGyR.**  
Av. Colón 320 (8000) Bahía Blanca / Buenos Aires.  
Dr. Roberto Crowley  
Dr. Guillermo Ponce  
Dr. Cesar Baccini

**GENS - Centro Especializado en Tratamientos para la Mujer**  
Alvear 514 - (1878) Quilmes/ Buenos Aires  
Dr. Luis Rivara

**GINEC (Clínica de la Mujer)**  
Av. Del Libertador 16606 (1642) San Isidro/ Buenos Aires  
Dr. Arturo Arrighi  
Dr. Daniel Vásquez Blanco

**Halitus - instituto Médico**  
M.T. de Alvear 2086 (1122) Ciudad de Buenos Aires. [www.halitus.com](http://www.halitus.com)  
Dr. Sergio Pasqualini

**IFER – Instituto de Ginecología y Fertilidad.**  
Marcelo T. de Alvear 2259 7° p. (1122) Buenos Aires. [www.ifer.com.ar](http://www.ifer.com.ar)  
Dr. Edgardo Young  
Dr. Guillermo Marconi

**I.M.A.G.E.M - Instituto Médico**  
Av. Callao 1134 7° - (1023) Ciudad de Buenos Aires. [www.imagem.com.ar](http://www.imagem.com.ar)  
Dr. Eduardo González Fabbrizzi.

**I.M.E. Instituto Médico Especializado**  
Dpto. Fertilidad. Santa Fe 3312 6° C y D (1425) Ciudad de Buenos Aires.  
Dr. Mariano Perco

**Instituto Argentino de Reproducción Asistida I.A.R.A.**

Calle 44 N° 1008 - (1900) La Plata/Buenos Aires  
Dr. Carlos Carrere

**Instituto de Obstetricia, Ginecología y Fertilidad**

Pereyra Lucena 575 (1832) Lomas de Zamora/ Buenos Aires  
Dr. José Ghisoni Pio

**IPREFER – Instituto de Ginecología y Fertilidad**

Guemes 2348 (1650) San Martín/Buenos Aires . [www.iprefer.com.ar](http://www.iprefer.com.ar)  
Dr. Mario Gomez Badia  
Dr. Fernando Luzuriaga

**PERINAT- Clínica de la Mujer**

Calle 59 N° 1028 (1900) La Plata /Buenos Aires. [www.clinicapcrinat.com.ar](http://www.clinicapcrinat.com.ar)  
Dr. José Romero  
Dr. Juan C. Del Bono  
Dr. Miguel González

**PROCREARTE - Red de Medicina Reproductiva y Molecular**

Pueyrredón 768 2° (1032) Ciudad de Buenos Aires. [www.procrearte.com](http://www.procrearte.com)  
Dr. Liliana Blanco  
Dr. Carlos Carrere  
Gaston Rey Valzacchi

**Unidad de Fertilidad de San Isidro**

Av. Libertador 16483 (1642) San Isidro/ Buenos Aires  
Dr. Roberto Nicholson  
Dr. Claudio Ruhlmann  
Dr. Edgrado Rolla

**D.2. Córdoba**

**CIGOR - Centro integral de Ginecología, Obstetricia y Reproducción Humana**

Chacabuco 1089 1er. Piso. (5000) Córdoba  
Dr. Daniel Estofan

**FECUNDART - Instituto Integral de Reproducción Asistida (anteriormente Hospital Italiano de Córdoba).**

**D.3. Mendoza**

**Instituto de Medicina Reproductiva**

Belgrano 854 (5500) Mendoza  
Dr. Antonio Martinez

**D.4. Neuquén**

**NOVA – Estudio de la Infertilidad y la Reproducción**

Santa Fe 475 (8300) Neuquén . [www.nova.procrearte.com](http://www.nova.procrearte.com)  
Dr. Ricardo Cáceres

#### **D.5. Santa Fe**

##### **CEFEP - Centro para la Fertilidad de la Pareja**

Bv. Oroño 1520 (2000) Rosario/ Sta. Fe.  
Dr. Julio Cesar Colabianchi

##### **PROAR - Programa de Asistencia Reproductiva**

Italia 1440 1° (2000) Rosario/Sta.Fe. [www.proar-rosario.com.ar](http://www.proar-rosario.com.ar)  
Dr. Carlos Morente

#### **D.6. Salta**

##### **CIRES - Centro de Infertilidad, Reproducción y Endocrinología de Salta**

##### **SARESA - Salud Reproductiva Salta**

Santiago del Estero 449 (4400) Salta  
Dr. Adrian Char

#### **D.7. Tucumán**

##### **CEMOG - Centro Modelo Obstétrico y Ginecológico**

Balcarce 228 (4000) San Miguel de Tucumán  
Dr. Sergio Mirkin

##### **Centro de Medicina Reproductiva y Ginecología ( Centro Satélite)**

Santiago 102 - (4000) San Miguel de Tucumán  
Dr. Ernesto Feler

## Glosario:

**Acrosoma:** saco lleno de enzimas que corona el núcleo del espermatozoide y se rompe (reacción acrosómica) cuando el gameto fecundante se adhiere a la zona pelúcida; las enzimas liberadas ayudan entonces al espermatozoide a penetrar en el óvulo.

**Anemia Falciforme (o drepanocítica):** enfermedad hereditaria muy común en los pueblos negros. Un defecto en la hemoglobina hace que los glóbulos rojos adopten la forma de hoz y no transporten correctamente el oxígeno.

**Blastocito:** embrión de al menos 4 días compuesto de varias decenas de células que delimitan una cavidad (blastocelo); el blastocito tienen el mismo tamaño que el óvulo hasta el momento de la eclosión de la zona pelúcida (7º día).

**Células germinales:** células presentes en las gónadas desde el estado embrionario y capaces de transformarse en gametas.

**Conducto deferente:** conducto que recorren los espermatozoides desde el epidídimo hasta la uretra.

**Citoplasma:** región de la célula que rodea al núcleo, donde se llevan a cabo gran parte de las actividades químicas de la célula.

**Espermatogénesis:** transformación en espermatozoides de las células germinales presentes en los testículos. Una célula germinal (espermatogonia) produce 4 espermatozoides. Este proceso dura 74 días y se produce constantemente en nuevas espermatogonias.

**Estrógenos:** familia de hormonas segregadas sobre todo en la mujer (aunque en menor cantidad en el hombre). La más abundante de estas hormonas es el Estradiol, cuya segregación por el folículo aumenta hasta la ovulación y provoca entonces la descarga de las hormonas gonadotrópicas por la hipófisis.

**Fase lútea:** es la etapa del ciclo menstrual posterior a la ovulación. En esta etapa, la cara interna del útero (endometrio) se prepara para recibir al embrión por medio de una hormona denominada progesterona.

**Fibrosis quística:** enfermedad hereditaria más común en los países desarrollados. Caracterizada por congestión en los pulmones por exceso de mucus y problemas en páncreas, intestino y órganos sexuales.

**Fingerprint: (huella dactilar genética):** patrón de bandas que se obtienen por medio de una técnica especial de análisis del ADN de un individuo y que lo identifica de manera muy sensible y precisa. Se utiliza para pruebas forenses y de paternidad, además de aplicaciones médicas.



**Folículo:** estructura celular organizada alrededor de cada ovocito desde el estadio embrionario (folículo primordial) que se transforma en una esfera hueca de 2 cm de diámetro, poco antes de la ovulación, y luego en cuerpo amarillo después de la ovulación.

**Foliculogénesis:** proceso de crecimiento por rachas de pequeños folículos hasta la ovulación. Durante esa evolución, que dura unos 3 meses para cada folículo, todos excepto uno en cada ciclo terminarán por degenerar y desaparecer.

**GnRH (hormona liberadora de las gonadotropinas):** hormona producida por el hipotálamo, que provoca la liberación de las gonadotropinas por la hipófisis. Actualmente hay hormonas sintéticas que producen el mismo efecto (agonistas de la GnRH) o la inhiben (antagonistas de las GnRH) que se utiliza para modificar la relación entre la hipófisis y las gónadas.

**HCC (gonadotropina Coriónica Humana):** hormona secretada por el embrión nada más implantarse en la mucosa uterina. Gracias a esa señal el cuerpo amarillo se mantiene en lugar de desaparecer como menstruación.

**Hemofilia:** enfermedad hereditaria caracterizada por la mala coagulación sanguínea existen los tipo A y B y se transmiten con los cromosomas sexuales.

**Hormonas gonadotrópicas o gonadotropinas:** hormonas secretadas por la hipófisis, liberadas en la sangre, que estimulan las funciones de las gónadas. La **Folículoestimulante (FSH)** estimula la secreción de estradiol por el ovario y el funcionamiento de testículo; la hormona **Luteinizante (LH)** estimula la secreción de progesterona y la maduración del ovocito en el ovario, así como la producción de testosterona por el testículo.

**Implantación:** fenómeno por el cual el embrión penetra en la pared del útero una semana después de la fecundación. Llamado también nidación, no es lo mismo que transferencia que realiza el fivista, que es un simple depósito en la cavidad uterina.

**Meiosis:** forma particular de división celular para la producción de gametas. Por este proceso, cada óvulo y cada espermatozoide se quedan sólo con la mitad de la información genética (ADN) de las células germinales.

**Ovocito:** célula derivada de la ovogonia y cuya forma terminal (tras la maduración) se llama también óvulo.

**Ovogonia:** transformación de las células germinales presentes en el ovario en ovocitos maduros una célula germinal (ovogonia) produce un gameto (óvulo). Este proceso es cíclico (un óvulo cada 28 días) y es dependiente de la foliculogénesis.

**PCR: (reacción en cadena de polimerasa):** técnica para amplificar o “fotocopiar” in vitro secuencias específicas de nucleótidos.

**Poligénico:** dicese de los caracteres hereditarios que dependen simultáneamente de varios genes y cuya expresión es modulada por el entorno.

**Polimerasa:** enzima que liga nucleótidos par formar un ácido nucleico.

**Progesterona:** hormona producida por el cuerpo amarillo, responsable de la evolución del útero favorable a la recepción del embrión. Cuando se detiene la secreción de progesterona (regresión del cuerpo amarillo) se produce la regla.

**Pronúcleo:** nombre que recibe cada uno de los núcleos (masculino femenino) procedentes de los gametos y presentes en el huevo fecundado antes de la mezcla cromosómica.

**Talasemias:** enfermedades hereditarias caracterizadas por una anomalía en la hemoglobina de la sangre que transporta oxígeno.

**Trofoblasto:** capa celular que delimita la cavidad del blastocito y que dará origen a la parte embrionaria de la placenta.

**Zona Pelúcida:** capa no celular del ovocito, constituida durante el crecimiento del folículo y que persiste hasta el 5° día después de la fecundación. Juega un papel importante en la fecundación: reconocimiento del espermatozoide, inducción de su reacción acrosómica, barrera contra otros espermatozoides, y finalmente en la cohesión de los blastómeros del embrión.

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES  
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS  
Dirección de Bibliotecas